

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE N° 305

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 août 1882, à 1 heure

Par VICTOR-BERNARD DRUILLET

Né à Castelnau-d'Auzan (Gers) le 16 juillet 1851

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'INTESTIN

Sans solution de continuité des parois abdominales

Président : M. BÉCLARD, professeur;

Juges : MM. { PARROT, professeur.
CH. RICHET, STRAUS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, Boulevard Saint-Michel, 53

1882



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BÉCLARD.
		MM.
Anatomie		SAPPEY.
Physiologie		BÉCLARD.
Physique médicale		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale		WURTZ.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	JACCOUD.
		PETER.
		GUYON.
Pathologie chirurgicale	{	DUPLAY.
		CORNIL.
		ROBIN.
Anatomie pathologique		LE FORT.
Histologie		REGNAULD.
Opérations et appareils		HAYEM.
Pharmacologie		BOUCHARDAT.
Thérapeutique et matière médicale		BROUARDEL.
Hygiène		
Médecine légale		PAJOT.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés		LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		VULPIAN.
Pathologie comparée et expérimentale		G. SÉE.
Clinique médicale	{	LASÈGUE.
		HARDY.
		POTAIN.
		PARROT.
Maladies des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses		CHARCOT.
Clinique chirurgicale	{	RICHEL.
		GOSSELIN.
		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		DEPAUL.

Doyens honoraires : M. WURTZ. M. VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GRANCHER	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOCQUILLON	HALLOPEAU	MARCHANT	REMY
BOUILLY	HANRIOT	MONOD	RENDU
BUDIN	HEINIGER	OLLIVIER	RICHELOT
BOURGAIN	HUMBERT	PEYROT	RICHEL
CADIAT	JOFFROY	PINARD	STRAUS
DEBOVE	LANDOUZY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	DE LANESSAN	RAYMOND	TROISIER
GAY			

Chef des travaux anatomiques FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Pendant notre séjour à l'hôpital général de Meaux, il nous a été donné d'observer presque coup sur coup, dans le service de M. le docteur Dufraigne, ancien interne des hôpitaux de Paris et chirurgien en chef de cet hôpital, deux cas de rupture de l'intestin avec écrasement du mésentère et déchirure du grand épiploon.

La similitude extérieure presque complète de ces deux cas, malgré la différence étiologique, la rapidité avec laquelle la terminaison fatale est survenue dans les deux circonstances, nous ont tellement frappé que nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse et de comparer ce que nous avons pu voir par nous-même avec ce qui a été écrit par les auteurs sur cette question.

20 DIVISION A.

Nous avons divisé cette étude comme suit :
Dans un premier chapitre, nous nous occuperons de l'étiologie et du mécanisme des ruptures intestinales sans déchirure des parois abdominales.

Un second chapitre sera consacré à l'anatomie pathologique.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous parlerons des symptômes, du diagnostic, de la marche et de la terminaison, et du traitement de ces lésions.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'INTESTIN

Sans solution de continuité des parois abdominales

CHAPITRE PREMIER.

ETIOLOGIE.

Causes efficientes. — Les lésions du tube intestinal sont déterminées par des causes très variées, mais que l'on peut ramener à trois types. En effet les unes agissent par *pression* puissante et soutenue, ainsi, le passage d'une roue de voiture sur l'abdomen ; les autres s'exerçant brusquement, instantanément, agissent par *percussion*. Tantôt c'est un coup de pied de cheval, comme dans une de nos observations et celle de Penasse (Paris 1831), tantôt c'est un corps lancé avec force contre la paroi du ventre, ainsi un pavé. Dans l'observation de M. Baraduc (*Bull. de la Société anat.* t. XIII p. 336) les lésions multiples de l'intestin et du mésentère avaient été produites par les fragments d'une

machine en explosion. Sédillot parle d'un militaire frappé d'une balle près de l'ombilic, la peau était restée intacte, une péritonite foudroyante causée par la rupture de l'intestin détermina la mort en quelques heures. Nous ne pouvons énumérer toutes les causes qui appartiennent à cette seconde catégorie ; leur diversité ressortira des observations que nous citons dans ce travail.

Nous trouvons une troisième cause type dans la chute lourde de l'homme à plat ventre sur un terrain plan (Duplay). Sans doute il y a eu ici encore percussion, mais avec cette circonstance spéciale que l'abdomen est en quelque sorte actif ; c'est lui qui percute la surface contondante.

Une contraction musculaire énergique peut-elle déterminer une rupture intestinale ? Le fait serait possible et même arrivé si l'on en croit l'observation rapportée par Scarpa. (Traité des Hernies).

Causes prédisposantes.

Certaines conditions tenant les unes au tube digestif, les autres aux parois abdominales rendent plus efficaces les causes déterminantes et jouent ainsi le rôle de causes adjuvantes.

Nous divisons les causes prédisposantes en deux groupes : les causes prédisposantes physiologiques et les causes prédisposantes pathologiques.

1° *Causes prédisposantes physiologiques.* — Du côté du tube intestinal, les causes traumatiques trouvent un auxiliaire puissant dans l'ampliation physiologique de ce canal par les matières alimentaires et les gaz qui y circulent habi-

tuellement. L'intestin présente une plus large surface au traumatisme lorsqu'il est distendu. Pendant la chyification, le duodénum acquiert quelquefois des dimensions assez considérables pour prendre les apparences d'un second estomac. Si le jéjunum est presque toujours vide et resserré, l'iléon se dilate beaucoup. Enfin, le gros intestin rempli de matières fécales et de gaz, écartant du reste pour se dilater les deux feuillets du mésocolon qui le protège, est donc par là plus vulnérable que dans l'état de vacuité.

Par leur situation superficielle et leur étendue relativement considérable dans l'enceinte abdominale, certaines parties du tube intestinal sont encore prédisposées aux lésions venues de l'extérieur, c'est pourquoi l'intestin grêle est plus souvent lésé que le gros intestin, et pourquoi le duodénum, profondément situé et peu étendu, est dans une condition de sécurité relative; enfin, il est presque superflu de faire observer combien une anse intestinale dans un sac herniaire est mal défendue contre les chocs externes.

La fixité normale de certaines portions intestinales est une autre cause adjuvante des ruptures. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la réalité de cette proposition; l'on conçoit aisément qu'une force vulnérante sera souvent éludée par une anse intestinale mobile, tandis que dirigée contre une partie fixe, la même cause y déterminera parfois de graves désordres. Ainsi le cœcum attaché dans la fosse iliaque, l'iléon qui lui est attenant par la valvule de Bauhin seront souvent lésés, ce que l'observation des faits confirme; il en est de même du duodénum et si nous avons

dit tout à l'heure qu'il trouvait une garantie dans sa situation profonde et sa brièveté, il n'est pas moins vrai que, placé dans la sphère d'activité d'une force contondante, il en éprouvera infailliblement tous les effets, ne pouvant fuir devant elle comme les autres divisions mobiles de l'intestin.

Causes prédisposantes d'ordre physiologique tenant aux parois abdominales.

La détente des muscles de l'abdomen est-elle plus que leur contraction, favorable à la production des ruptures intestinales ? Les auteurs que nous avons consultés à ce sujet répondent oui. En cet état, disent-ils, la paroi du ventre, se laissant facilement déprimer, fuit jusqu'à la colonne vertébrale au devant du corps contondant, et l'intestin se trouve ainsi meurtri entre deux plans durs. Au contraire, contractée et inextensible, elle oppose aux chocs extérieurs, une barrière contre laquelle ils épuisent le plus souvent leur action.

Nous ne partageons pas cette manière de voir, et nous pensons au contraire que l'intestin a une aptitude plus grande à être blessé lorsque le ventre est contracté. Il est incontestable que la capacité de l'abdomen se trouve amoindrie pendant la contraction de ses muscles, c'est là le mécanisme de la défécation. De cet amoindrissement résulte que la masse intestinale comprimée, presque immobilisée, comme entre deux larges mains, ne peut plus éluder l'action des causes traumatiques et elle sera appliquée contre le plan postérieur de l'abdomen d'autant plus énergiquement que la contraction sera plus prononcée. En cet

état, nous pensons que, en dépit de la rigidité de la paroi, les organes digestifs sont évidemment vulnérables.

Si maintenant nous considérons cette même paroi dans le relâchement, nous constatons l'aplatissement relatif de la cavité abdominale ; donc l'intestin, plus libre dans une enceinte plus vaste, échappera facilement aux violences extérieures.

Nous nous hâtons d'ajouter que ceci n'a pour nous rien d'absolu et que c'est une simple vue de l'esprit ne s'appuyant sur aucune expérimentation.

2° Causes prédisposantes pathologiques.

Comme les précédentes, les causes prédisposantes pathologiques doivent être considérées et du côté du tube intestinal et du côté des parois abdominales.

Nous avons précédemment considéré comme auxiliaires des causes traumatiques, les attaches normales de certaines portions du canal intestinal ; il est donc rationnel de penser combien ces mêmes causes auront d'action contre des intestins agglutinés entre eux ou avec la paroi du ventre. On comprend que dans cet état consécutif à un travail phlegmasique, l'intestin complètement immobilisé ne pourra guère échapper aux agents vulnérants, combien surtout est exposé l'intestin hernié qui a contracté des adhérences avec le collet du sac.

Une autre cause prédisposante naît d'un état morbide qui rend plus friables les tuniques du canal intestinal, ainsi l'inflammation, les ulcérations chroniques de l'affec-

tion tuberculeuse, etc., le cancer sous ses diverses formes, etc.

Ceci n'est pas contestable, puisque dans ces cas des ruptures spontanées ont été quelquefois la conséquence de mouvements violents.

Pour en finir avec les causes prédisposantes, disons que les parois abdominales sont parfois aussi altérées. A la suite d'une ascite, de grossesses répétées, elles peuvent présenter des éraillures, des éventrations qui rendent en quelque sorte l'intestin plus superficiel et par conséquent plus vulnérable.

Mécanisme. — En 1875, M. Lœpuech lisait à la Société anatomique un travail sur les ruptures intestinales sans déchirure des parois abdominales où il s'exprimait ainsi : « Tous les observateurs qui ont vu et étudié des lésions de ce genre, ont cherché à en expliquer le mécanisme, mais, aucun d'eux ne semble être arrivé à une solution satisfaisante. La plupart ont émis cette opinion que l'intestin est plus facilement coupé quand il est distendu par les gaz et les matières alimentaires, et pourtant, je pense que cette explication n'est pas trop difficile à donner. Je crois qu'on peut rapporter la rupture de l'intestin sans rupture correspondante de la paroi abdominale :

1° Au peu de résistance des parois intestinales aux pressions exercées de dehors en dedans.

2° A la plus grande élasticité de la paroi abdominale.

L'intestin très résistant aux pressions excentriques, c'est-à-dire s'exerçant de dedans en dehors, est au contraire entièrement faible vis-à-vis des pressions exercées de dehors en dedans, tandis que la paroi abdominale représentée

surtout par les aponévroses, jouit d'une résistance considérable. L'intestin composé d'une muqueuse épaisse, mais friable, de muscles lisses, peu denses, d'une mince tunique cellulaire, est certainement bien moins élastique que la paroi abdominale, dont l'élasticité est représentée par la peau dont les fibres du tissu élastique sont si nombreuses. De sorte que l'intestin se trouve dans une infériorité très marquée, vis-à-vis de la paroi abdominale, au point de vue de la résistance et de l'élasticité.

Lorsque deux corps inégalement résistants et inégalement élastiques, se trouvent comprimés entre deux plans résistants, c'est le moins résistant et le moins élastique qui est écrasé par le premier.

Ces divers points étant admis, la conclusion est simple. Chaque fois que l'intestin et la paroi abdominale seront comprimés entre un corps contondant et la colonne vertébrale sous une pression suffisante, l'intestin sera rompu le premier, puis la paroi abdominale cédera à son tour, si la force continue son action assez puissamment.

Mais, il arrive que dans les cas de traumatisme violent, on voit des déchirures de la paroi abdominale sans rupture intestinale et les gros viscères plus fréquemment rompus. La raison en est que les intestins sont mobiles, qu'ils peuvent fuir devant les compressions et que les gros viscères (foie, rate, reins) sont fixes et supportent tout le choc.

L'intestin, plein exclusivement de matières liquides, est moins résistant que s'il est rempli de gaz.

Suit une série d'expériences pour démontrer l'exactitude de cette dernière proposition.

Les ruptures de l'intestin, poursuit M. Longuet, n'ont

lieu que si le canal intestinal est pincé entre le corps contondant et un plan résistant qui est souvent la colonne vertébrale. Les expériences pour démontrer ce mécanisme consistaient à laisser tomber d'une certaine hauteur des poids sur le ventre des cadavres. Dans tous les cas la paroi abdominale n'a été que déprimée, mais aucune des parties qui la constituent n'a été déchirée.

Parfois l'anse intestinale est frappée en un point et elle se rompt à côté du point touché. Pour démontrer ce fait M. Longuet a pris une anse d'intestin portant des groupes de tubercules, et a compris entre deux ligatures un de ces groupes : l'anse est remplie d'eau, placée à terre sous des compresses et soumise au choc d'un poids de 2 kilogr., la rupture a lieu au niveau de la plaque tuberculeuse.

Une anse d'intestin sain est remplie d'eau entre deux ligatures ; une très petite incision est pratiquée sur la tunique externe près d'une des extrémités ; elle est frappée à l'extrémité opposée ; la déchirure se fait dans la petite plaie superficielle.

D'après M. Longuet, les ruptures de l'intestin sans lésion des parois abdominales se présentent dans les conditions suivantes : choc considérable d'un corps moussé, mais frappant par une surface étroite, compression de l'anse intestinale sur la colonne vertébrale ou tout autre plan résistant ; l'anse est vide ou bien remplie de matières liquides ou solides. L'anse est peu mobile.

Le travail de M. Longuet jette, comme on le voit, un peu de jour sur la question, mais n'explique pas tous les cas. Par quel mécanisme, par exemple, s'est produite la

rupture de l'intestin dans le cas cité par M. Arm. Desprès dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, où elle fut le résultat d'un léger coup appliqué avec la main? Comment expliquer le fait rapporté par Broca, d'un levrier sur le ventre duquel un simple coup de fouet appliqué déterminait la rupture de l'intestin?

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous diviserons les lésions en primitives, c'est-à-dire celles qui sont produites par le traumatisme, et en consécutives c'est-à-dire celles qui résultent plus ou moins rapidement de la lésion intestinale.

Lésions-primitives. — Les déchirures de l'intestin sont parfois incomplètes, n'intéressant qu'une, deux ou trois tuniques, d'autres fois la lésion plus grave détermine l'ouverture du canal jusqu'à section complète de l'intestin.

La déchirure de toutes les tuniques de l'intestin constitue une plaie avec ouverture du tube intestinal. La forme de ces lésions, dont l'étendue, la direction et le siège sont d'ailleurs variables, est particulièrement déterminée par la rétraction de la couche musculieuse. Ces plaies ont en général la figure d'une ellipse à circonférence plus moins irrégulière dont le grand axe parallèle à l'axe du canal indique la rupture et la rétraction consécutive des fibres circulaires, tandis que dirigé suivant le diamètre intestinal, il montre que la déchirure intéresse surtout les fibres longitudinales. Quelquefois la plaie est nette et tout à fait semblable à celle qui aurait été produite par un instrument tranchant (Jobert) ; mais le plus souvent, elle s'accompagne de perte de substance, les bords sont mâchés, contus,

ecchymosés, et se rétractent plus faiblement que dans les plaies par instruments tranchants. De leur texture différente résulte l'inégale rétraction des tuniques divisées, largement béantes ; la péritonéale et la musculeuse sont recouvertes par la muqueuse qui, herniée entre les lèvres de la solution de continuité, s'infléchit de dedans en dehors en cul de poule.

C'est dans les plaies suivant le diamètre que l'on remarque cette particularité ; en effet la membrane muqueuse étant la plus longue des tuniques intestinales, doit nécessairement saillir par la rétraction des fibres musculaires longitudinales (Observ. IX, XI, XVII, XX).

La section d'une anse intestinale peut être complète ; dans ce cas, les deux bouts divisés se rétractent en rétrécissant leur orifice, d'où résulte l'absence d'épanchement intestinal dans la première demi heure (Jobert. Expériences sur les animaux).

Toutes ces lésions intestinales sont compliquées le plus souvent de désordres analogues dans le mésentère.

Lésions consécutives. — Epanchement de sang. —

Quand les vaisseaux rompus ne sont pas de petit calibre, le sang abondamment versé s'infiltré entre les viscères abdominaux, gagne les parties déclives où il s'accumule jusqu'à ce que sa tension dans les vaisseaux soit équilibrée par la résistance des parois de l'abdomen.

Ces hémorrhagies sont parfois considérables, surtout quand d'autres organes ont été blessés en même temps que l'intestin.

Epanchement de gaz intestinaux. — Il succède à l'ouverture du tube intestinal et donne lieu au ballonnement

subit et à la résonnance tympanitique du ventre. On a observé la migration de ces gaz dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et sous-cutané.

Epanchements de matières intestinales. — Ils sont très fréquents et de composition variable ; ainsi une rupture du duodénum peut donner lieu à un épanchement de bile ; le gros intestin fournit des matières stercorales (thèse de Penasse 1831, exemple d'extravasat intestinal provenant d'une déchirure de l'intestin grêle).

L'extravasation des matières intestinales exige pour se produire certaines conditions. Il va de soi que le canal digestif doit être rempli. En outre la solution de continuité sera suffisamment étendue pour que ces matières soient sollicitées à dévier de la route naturelle que leur tracent les contractions péristaltiques ; quand la solution est très petite, sous l'influence de la contraction musculaire la muqueuse se renverse un peu en dehors et remplit la plaie. Une circonstance, d'ailleurs favorable à son issue, est la consistance molle et presque liquide du contenu intestinal. Le contact mutuel de deux anses intestinales, ou d'une anse intestinale avec un organe voisin, l'interposition de l'épiploon limitent parfois efficacement l'extravasation. C'est dans ces cas que s'observe l'oblitération de la plaie par sa soudure avec les organes environnants.

Inflammation. — Les bords de la plaie sont le siège d'une augmentation de vitalité, qui s'accompagne d'un apport plus considérable de sang et d'une exaltation de la sensibilité nerveuse : d'où la rougeur et la chaleur. Ils présentent et même sur une certaine étendue une couleur ver-

meille et sont épaissis par de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire.

Péritonite traumatique. — Rarement localisée dans le cas de rupture intestinale un peu étendue, l'inflammation trouve trop d'éléments d'activité dans la couche éphithéliale, dit M. le professeur Richet, pour ne pas envahir toute la surface péritonéale et le sujet succombe en quelques heures. A l'autopsie, on trouve la vascularisation de la séreuse qui est dépolie, se détache presque spontanément, l'agglutination des intestins par des adhérences fibrineuses, leur distension par des gaz, enfin de la sérosité dans laquelle nagent les matières épanchées.

Enfin viennent les abcès stercoraux. Les extravasats intestinaux suivant une déchirure primitive du tube digestif peuvent s'enkyster par l'inflammation péritonéale circonscrite, entre les anses intestinales et la paroi de l'abdomen ; ils se font jour à l'extérieur par ulcération de la paroi abdominale.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne voulons pas faire ici une exposition symptomatique de la péritonite suraiguë qui est la conséquence fatale de la rupture de l'intestin, nous voulons simplement faire ressortir quelques-uns des symptômes que nous avons plus particulièrement relevés dans les deux observations dont nous avons été témoin.

Exposons donc ces symptômes en suivant l'ordre de leur apparition clinique.

1° *Douleur*. — Immédiatement après l'accident, les malades ressentent une douleur vive, déchirante, qui force le patient à contracter le moins possible ses muscles abdominaux et pour cela à prendre une attitude particulière dans le lit ; ainsi nos deux malades avaient les cuisses fléchies sur l'abdomen et quand on leur disait d'étendre les membres inférieurs ils répondaient qu'ils souffraient davantage ; mais c'est quand ils voulaient se soulever pour changer de position que la douleur était surtout vive ; aussi saisissaient-ils avec force la tringle suspendue au-dessus de leur tête et prenant leur point d'appui sur les talons se soulevaient-ils d'une pièce sans faire subir la moindre contraction à leurs muscles abdominaux. En vain changeaient-ils à cha-

que intants de position dans leur lit que toujours cette douleur persistait avec la même intensité.

Cependant certains blessés ont pu marcher et faire à pied une course assez longue, témoin l'enfant dont il est parlé dans la thèse de M. Chauveau et qui avait pu faire un mille malgré la rupture de l'intestin grêle.

Cette douleur est assez nettement localisée au début et chez le dernier malade que nous avons vu une demi-heure après l'accident, elle était localisée à la limite des régions épigastrique et ombilicale ; c'est en ce point que l'autopsie nous fit voir les déchirures de l'intestin et du grand épiploon.

Lorsque la péritonite est généralisée, la douleur se généralise également à tout l'abdomen. Dans quelques cas, on a observé la mort subite ; mais dans la plupart des faits, il y a une tendance aux syncopes ; le pouls est petit, les extrémités refroidies, la face pâle.

2° *État du ventre.* — Je ne parlerai pas de l'examen de la paroi abdominale puisque dans les cas cités par nous, il n'y a rien d'extérieur. Néanmoins il sera bon d'en faire une inspection attentive qui pourrait apprendre à quel endroit le corps a porté et par conséquent quel organe on est autorisé à supposer lésé. Nous voulons insister sur l'état du ventre, consécutif à la rupture de l'intestin, c'est-à-dire à l'épanchement du gaz et des liquides intestinaux dans la cavité de la séreuse. Dans quelques cas on a noté du météorisme : il est indiqué dans la deuxième observation des *Éphémérides* des curieux de la nature. Pour Jobert (de Lamballe) la formation instantanée de la tympanite est pathognomonique de la division des intestins. Les deux

observations rapportées par M. Dumez sont des cas dans lesquels le ballonnement a été nul ou très modéré; mais on voudra bien remarquer que les lésions étaient relativement peu marquées; dans un cas la perforation dont il n'est pas fait mention devait être peu étendue puisqu'on ne trouve que quatre cuillerées environ de matières fécales épanchées dans la cavité du petit bassin; dans le second, la perforation est anguleuse et ne dépasse pas deux centimètres.

Dans la première observation de M. Dumez, la perforation a la largeur d'une pièce d'un franc et dans la deuxième il n'y a pas trace de ballonnement, c'est vrai; mais il n'est pas du tout question de l'étendue de la lésion; voilà ce qu'il serait bon de savoir. On nous dira que la rupture complète des tuniques intestinales n'a pas besoin d'être bien grande pour permettre aux gaz et aux liquides intestinaux de s'échapper. A cela nous répondrons d'abord que dans tous les cas, sauf un, le ballonnement s'est montré modéré, il est vrai quelquefois, un peu tardivement, d'autres fois, mais il n'en pas moins vrai qu'il s'est produit et si l'on nous demande pour quel motif les choses se sont ainsi passées, nous répondrons qu'il est très probable, vu le peu d'étendue de la lésion, que la perforation s'est trouvée obturée par un organe ou une portion d'organe voisin. Pour donner quelque valeur à notre hypothèse, nous n'aurons qu'à rappeler les deux cas de guérison spontanée cités par Jobert.

Enfin il nous sera bien permis de citer nos deux malades dans lesquels il s'est produit chez l'un une tympanite énorme quatre heures après l'accident, et chez l'autre le

même signe avec un peu moins de développement, mais assez net toutefois pour frapper subitement le regard.

M. Dumez, concluant que « le météorisme non-seulement n'est point pathognomonique, mais est même assez rarement observé dans la péritonite suraiguë consécutive à la rupture de l'intestin », nous ne pouvons accepter sa conclusion et nous nous rangeons volontiers à l'opinion émise par Jobert.

3° *Vomissements*. — À part les cas assez rares où la mort a suivi de très près l'accident, les vomissements sont la règle. En général on les voit apparaître très peu de temps après le traumatisme, quelques heures au maximum. D'abord ils sont alimentaires, puis bilieux et glorieux, puis verdâtres et porracés. Ils deviennent bientôt continus, et l'ingestion de la plus minime quantité de liquide suffit à les provoquer.

Avec les vomissements, il convient de signaler le hoquet qui tourmente le malade et peut être considéré comme un des accidents ultimes.

Le pouls est petit, fréquent, la température oscille autour de 37 degrés centigr. ; souvent même elle descend au-dessous. Cet abaissement de température existe non-seulement immédiatement après le choc traumatique, mais il est observé pendant tout le cours de la maladie.

La peau est froide, ce symptôme est signalé par tous les auteurs ; le plus souvent, elle se couvre de sueurs, le facies se grippe, les yeux s'excavent rapidement, les narines se resserrent et les malades ne tardent pas à succomber en présentant le facies dit abdominal.

Il existe d'autres symptômes qui pour être rarement

observés, n'en ont pas moins le droit d'être classés dans une description clinique, tels sont : l'emphysème de la paroi abdominale, les troubles de la miction. Disons en passant que dans les observations que nous rapportons, il n'est fait aucune mention des garde-robes des malades. Dans celle de Jobert qui fut suivie de guérison, les selles reparurent après l'administration d'un purgatif et marquèrent le moment initial de l'amélioration.

Emphysème. — Dans le deuxième cas que nous avons observé, bien que nous n'ayons pu constater de solution de continuité ni superficielle, ni profonde de la paroi abdominale, cet emphysème a pu se produire et a même gagné les parois thoraciques jusqu'à la racine des membres supérieurs qu'il a un peu envahis, le scrotum et la partie supérieure des deux cuisses dans la région dite triangle de Scarpa. Comment expliquer cette pénétration du gaz? Nous avons trouvé à l'autopsie la portion verticale du duodénum presque complètement déchirée, à côté l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein droit très nettement infiltrée d'air. Or, l'anatomie nous apprend que le péritoine s'applique sur les deux dernières portions du duodénum sans les entourer et que la face antérieure du rein droit est en rapport immédiat avec la deuxième portion du duodénum. Dès lors quelle difficulté à comprendre que les gaz intestinaux se soient infiltrés dans l'enveloppe cellulo-adipeuse qui circonscrit le rein? Une fois parvenus en ce point les gaz auront fusé le long du psoas et gagné, en suivant le trajet de ce muscle, le tissu cellulaire sous-cutané.

Demarquay, dans sa pneumathologie médicale, cite l'observation d'une malade qui entra dans le service de Morel-

Lavallée à l'hôpital Cochin, en 1860, pour une rupture de l'intestin grêle produite par un éboulement de terre et qui se compliqua d'emphysème de toute la partie du ventre située entre l'ombilic et l'arcade crurale; il n'y avait pas de plaie extérieure. Il fait encore remarquer que le cœcum blessé dans la portion que le péritoine ne recouvre pas, donne surtout lieu à l'infiltration emphysémateuse.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* rapportent aussi un exemple d'emphysème s'étendant aux parois du ventre, à la cuisse et à la hanche gauches, chez un malade dont un cancer du colon lombaire gauche avait amené la perforation de cet intestin dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Nous citons, parmi les observations, celle d'une rupture complète de l'intestin grêle avec emphysème, occasionnée par une contusion de l'abdomen (Marjolin, *Arch. gén. de méd.*, t. XI, 1826, p. 112).

Troubles de la miction. — Quant à la miction, elle a été l'objet de remarques. Dans l'observation II des Ephémérides, il y eut d'abord suppression de l'urine qui, aux approches de la mort, fut excrétée sanglante et goutte à goutte. Chez le malade que M. Dumez a observé dans le service de M. Arn. Desprès, l'anurie fut observée; ce symptôme compliquait même le diagnostic, car le choc ayant porté dans l'hypochondre droit, on pouvait se demander si l'on n'était pas en présence d'une rupture du rein. Nos deux malades n'ont rien présenté de ce côté, puisque le second a uriné devant nous une heure et demie après l'accident et le premier dans la nuit qui suivit son entrée à l'hôpital.

La suppression de la miction paraît devoir se présenter quelquefois. M. Merklen, dans sa thèse (*Étude sur l'anurie*, Paris, 1881), dit que quand une ulcération de l'estomac ou de l'intestin vient à perforer ces viscères pour les mettre en libre communication avec la cavité péritonéale, une péritonite suraiguë se produit et cette complication est immédiatement annoncée par cet ensemble de symptômes que Gubler a réunis sous le nom de péritonisme, « vive douleur et bientôt prostration, algidité, facies et pouls abdominal, suppression des urines. » L'anurie, dans la péritonite par perforation, dure jusqu'à la mort. Durant son internat dans le service de son maître, M. Millard, M. Merklen a deux fois assisté à cette complication chez des malades atteints d'ulcère simple de l'estomac, et les deux fois l'anurie a été immédiate et absolue.

L'anurie, d'après Sedgwick et John Gray, serait attribuée à l'acuité de la douleur ; c'est l'irritation des riches plexus nerveux compris dans l'épaisseur et au voisinage de l'intestin qui détermine par action réflexe sur les vaso-constricteurs du rein la suppression de l'urine.

Tels sont les symptômes que l'on observe le plus fréquemment dans la rupture traumatique de l'intestin, sans déchirure de la paroi abdominale. Nous pouvons les résumer comme suit :

1°. Vivacité et brusque apparition de la douleur d'abord localisée en un point répondant ordinairement au point lésé ;

2°. Tympanisme auquel Jobert attache une grande importance et emphysème des parois abdominales ;

3° Rapidité avec laquelle apparaissent les vomissements, leur fréquence et leur abondance ;

4° Hypothermie et tout le cortège des accidents adynamiques propre à la péritonite par perforation.

DIAGNOSTIC

Dans aucun des cas que nous citons, le diagnostic de rupture de l'intestin n'a été porté du vivant du malade d'une façon bien affirmative. Nous dirons cependant que pour ce qui concerne nos deux observations, le diagnostic hésitant la première fois, fut la seconde fois porté par M. le docteur Dufraigne à la vue de l'énorme distension du ventre et de l'emphysème qui existait sur une grande partie du corps. Élève de Jobert, le chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, avait entendu souvent dire à son maître que le tympanisme et l'emphysème étaient pathognomoniques de la rupture du tube intestinal.

Ce premier malade étant pour nous également le premier de ce genre qu'il nous eût été donné jusqu'à ce jour de voir de près et d'examiner à notre aise, nous fûmes fort surpris de voir à l'heure de la contre-visite qu'il se mourait.

Malgré l'extrême difficulté à établir dans le cas qui nous occupe, un diagnostic certain, nous croyons cependant que l'on se rapprochera beaucoup de la vérité, si l'on songe à la rapidité presque foudroyante avec laquelle apparaissent les symptômes graves de la péritonite ; en quelques heures les symptômes s'installent avec éclat, tandis que dans le

cas de péritonite traumatique simple, ils sont plus tardifs, moins bruyants, moins aigus et n'entraînent pas fatalement un pronostic irrévocable.

S'il est important de poser un diagnostic assuré c'est au début des accidents ou bien peu de temps après que le blessé a reçu le coup qui a dû amener la déchirure. A ce moment le diagnostic est-il possible ? et à l'aide de quels signes peut-on différencier la lésion intestinale de celle que le choc aurait pu produire dans la cavité abdominale soit en portant son action sur les organes pleins, soit en ouvrant une cavité, l'estomac, la vésicule biliaire ou la vessie.

Le plus souvent, le diagnostic doit être fait par exclusion, aussi parlerons-nous des lésions des divers organes renfermés dans la cavité abdominale et susceptibles comme l'intestin d'être blessés par le même mécanisme.

Déchirure du foie ou des voies biliaires. — Les ruptures étendues du foie sont constamment mortelles, d'après Dupuytren. L'importance de cet organe et l'épanchement de sang qui accompagne toujours cette lésion en expliquent suffisamment l'issue funeste. La mort est ordinairement trop rapide pour qu'il ait été permis pendant la vie de recueillir les phénomènes morbides de cette grave lésion.

Toutefois, une douleur d'abord localisée à la région hépatique, puis s'irradiant dans l'épaule et au larynx si c'est la partie convexe du foie qui est atteinte, se propageant à l'appendice xiphoïde si c'est au contraire la partie concave qui est intéressée (Boyer. *Maladies chirurg.*, t. VI, 5^e édit.), voilà des signes probables d'une déchirure du foie plutôt que de l'intestin.

On devra également tenir compte de l'apparition d'un ictère avec coloration foncée des urines et décoloration des matières fécales.

Les déchirures peu étendues du foie n'entraînent pas toujours la mort.

Pour ce qui est de la déchirure de la vésicule biliaire, on peut dire que le diagnostic est à peu près impossible.

Déchirure de la rate. — Moins nombreuses que celles du foie et de l'intestin, ces déchirures, lorsqu'elles sont étendues, sont aussi graves que celles du foie; par conséquent, on ne sera autorisé à penser que c'est la rate plutôt que le foie qui est atteinte que si les renseignements obtenus permettent de constater que la région splénique a été frappée et mieux encore si le sujet est atteint d'une lésion chronique de la rate, et si l'on a pu soupçonner une augmentation de son volume. M. Pigné, a rapporté, dans les bulletins de la Société anatomique, un fait très probant à cet égard (*Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*).

Un jeune homme bien constitué avait été atteint d'une fièvre intermittente et guéri depuis huit jours sous l'influence de l'administration du sulfate de quinine. Il faisait une course à cheval, sa monture fut effrayée et dans un brusque mouvement l'abdomen du cavalier vint porter sur le pommeau de la selle; une syncope fut la suite immédiate de cet accident et la mort suivit peu d'instants après. A l'autopsie, on trouva la rate très volumineuse, présentant une rupture qui avait donné lieu à un épanchement de sang dans l'abdomen.

En dehors de ces circonstances le diagnostic est obscur.

Rupture des reins. — La cause et le siège du trauma-

tisme, quelquefois une ecchymose des lombes ou du flanc, pourront mettre sur la voie; la douleur intense ressentie dans la région lombaire s'irradiant à tout le reste du ventre et jusque dans le testicule qui parfois se rétracte notablement, l'hématurie signalée dans les observations, dans lesquelles la substance tubuleuse ou les calices ont été lésés, peuvent être regardées comme des signes de probabilité de rupture du rein.

Rupture de l'estomac. — A l'état de vacuité, ce viscère, resserré par la tonicité de sa tunique musculaire, se retire derrière le foie et les côtes où il est moins accessible aux violences extérieures; mais quand les aliments, en écartant ses parois, ont distendu toutes les membranes, la forme et les rapports du viscère sont changés. Plus considérable en avant et vers la grosse extrémité, la face antérieure est soulevée et devient presque supérieure, tandis que la grande courbure, dédoublant le feuillet antérieur du grand épiploon, devient également presque supérieure sans cesser d'atteindre jusqu'à l'ombilic; en même temps, la paroi abdominale est poussée en avant et éprouve une distension qui lui fait faire une saillie plus considérable. L'estomac agrandi au moment de la digestion semble donc se porter de lui-même au-devant des forces vulnérantes. La mort est la règle dans la rupture de l'estomac, une péritonite suraiguë éclatant promptement.

La péritonite n'est pas toujours la cause de la mort qui peut être due à une syncope produite par action réflexe, dont la lésion des rameaux du pneumo-gastrique serait le point de départ.

- La syncope, le refroidissement des extrémités, un état

d'angoisse extrême s'observant dans d'autres cas que la rupture de l'estomac, on ne peut se baser sur ces signes pour porter un diagnostic qui est, par conséquent, rempli d'obscurités. Toutefois, si l'individu frappé est au moment de la digestion, s'il accuse une douleur violente et subite à la région épigastrique et surtout si des vomissements alimentaires mêlés de sang surviennent rapidement, on aura raison de pencher plutôt pour une rupture de l'estomac que de l'intestin.

Rupture de la vessie. — La rupture traumatique de la vessie sans ouverture de la paroi abdominale amène l'épanchement d'urine, qui doit, pour tomber dans la séreuse péritonéale, trouver une ouverture soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure du réservoir vésical. Il est important de noter la possibilité de non communication avec le péritoine plus spécialement dévolue aux ruptures de la paroi antérieure. Dans ce cas, le liquide tombe dans la cavité de Retzius et donne plutôt lieu aux symptômes de l'infiltration d'urine. Pour arriver au diagnostic de la rupture de la vessie on se basera sur : la douleur très vive surtout dans la région hypogastrique et plus particulièrement quand on appuie au-dessus du pubis, les efforts douloureux que fait le malade pour rendre de très petites quantités d'urine mêlée de sang. Le cathétérisme ne ramène non plus qu'un peu de liquide teint de sang.

Une observation rapportée dans la thèse de M. Dumez enlève beaucoup de sa valeur à cette particularité du cathétérisme. En effet, un individu présentait une rupture de la vessie occupant la partie supérieure de la face postérieure de l'organe ; cette solution de continuité mettant directe-

ment la cavité péritonéale en communication avec la vessie, l'urine s'était épanchée dans le péritoine. Or, il arriva quand on pratiqua pour la deuxième fois le cathétérisme le soir de l'entrée du malade à l'hôpital, que l'on retira trois litres au moins d'un liquide rougeâtre; ce liquide était semblable à celui que l'on trouva après la mort dans le péritoine. C'était un mélange de liquide péritonéal et d'urine. La sonde avait pénétré par la boutonnière faite aux tuniques de la vessie, dans la cavité du péritoine.

Ce que nous venons de dire sur la rupture du foie, de la rate, de l'estomac et de la vessie, suffit-il pour établir le diagnostic différentiel avec la rupture de l'intestin? Nous pensons que dans la plupart des cas, il ne sera pas possible de se prononcer sur le siège et la nature des lésions, mais que dans quelques circonstances le diagnostic offrira de grandes probabilités.

MARCHE, DURÉE ET TERMINAISON

Il résulte de toutes les observations citées, que le plus souvent les allures de l'affection sont si rapides, la mort arrive si promptement, que l'intervention du médecin est très limitée et les moyens employés impuissants à enrayer la marche de l'inflammation péritonéale. Bien que dans quelques cas la mort soit survenue treize heures, vingt heures après l'accident, néanmoins le plus grand nombre des malades n'a pas succombé avant trente-six heures, deux, trois et même quatre jours.

Au milieu de ces graves désordres, le blessé conserve

l'intégrité de ses facultés intellectuelles et il meurt en pleine possession de lui-même, comme notre premier malade qui s'éteint dans les bras de sa femme en lui exprimant les regrets qu'il éprouve de la quitter sans fortune avec trois enfants en bas âge.

Malgré toute la sévérité du pronostic, la rupture intestinale voue-t-elle le sujet à une mort certaine et la guérison ne peut-elle pas survenir ? On serait tenté de croire, vu l'exceptionnelle gravité de l'affection, que des erreurs de diagnostic ont été commises à l'endroit des sujets ayant présenté tous les accidents qui ont fait croire à une rupture intestinale, si des faits auxquels on peut ajouter foi ne venaient prouver d'une façon indubitable que la guérison spontanée peut avoir lieu. Nous citons deux observations de Jobert, dans lesquelles l'autopsie est venue confirmer la cicatrisation de la rupture. Voici ce qui arrive dans le cas où la maladie est abandonnée aux seules ressources de la nature.

Lorsqu'il y a une rupture de peu d'étendue, elle se ferme presque aussitôt par la contraction de la tunique musculeuse de l'intestin et par le boursofflement de sa membrane muqueuse. Il n'y a épanchement ni des matières solides, ni des matières liquides. Les gaz seuls contenus dans le tube digestif peuvent s'échapper, pénétrer dans la cavité abdominale, et donner lieu à une tympanite de peu de durée, car l'ouverture qui leur a livré passage se cicatrisant bientôt solidement, il n'y a plus issue de nouveaux gaz, et la résorption de ceux qui se sont échappés se fait promptement. Bientôt une inflammation s'empare des bords de l'ouverture, qui s'applique à quel-

que point du péritoine environnant, soit à celui de la paroi abdominale, soit à celui d'une portion voisine d'intestin, soit à l'épiploon, ou enfin à tout autre viscère recouvert par cette membrane séreuse. Une exsudation albumineuse se fait, une adhérence solide s'établit entre ces parties, et la guérison a lieu.

Lorsque la plaie a une plus grande étendue, elle peut encore guérir par ce même mécanisme; mais voici ce qui arrive très souvent:

L'épiploon forme alors un véritable tampon qui bouche la plaie et se trouve souvent flottant dans l'intérieur de la cavité digestive; une membrane muqueuse accidentelle s'organise promptement sur cette portion flottante de l'épiploon.

Dans le cas de plaies très considérables de l'intestin par des instruments contondants, la guérison peut s'effectuer par les seules forces de la nature, à l'aide de l'épiploon qui couvre toute l'étendue de la plaie et remplace ainsi la portion de la paroi détruite.

La théorie de la guérison des plaies du canal intestinal par les seules forces de la nature appartient à Jobert; elle a été confirmée par des expériences nombreuses qu'il a faites sur des animaux vivants et comme nous le disons plus haut par des observations intéressantes de malades (*Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, par Jobert; 1829, 2 vol. in-8, tome 1, page 52).

M. Rayer a publié (*arch. gén. méd.* tome VII), un cas de perforation du duodénum bouché par le foie; il y avait en même temps destruction de la vésicule biliaire et le

malade avait succombé à une hémorrhagie foudroyante dont on trouva la source dans le rameau considérable de la veine porte qui était béant au fond de l'intestin.

Nélaton tout en admettant la rareté des cas de guérison spontanée des ruptures de l'intestin, ne nie pas la possibilité du fait et accepte le rôle que l'on fait jouer à l'épiploon en pareille circonstance (*éléments de pathol. chirurg.* Paris 1857, t. 4, p. 125).

On est donc forcé d'admettre que la mort par péritonite foudroyante n'est pas la terminaison constante des lésions que nous étudions.

Nous disons plus haut que dans la déchirure de l'intestin, assez petite pour que l'épanchement des matières intestinales se trouve empêché, les accidents se bornent à ceux d'une péritonite localisée qui peut guérir sans laisser de traces. Ajoutons que d'autres fois l'épanchement a pu se faire, mais des adhérences l'ont circonscrit, et lorsque le malade a pu résister aux premiers effets de l'inflammation péritonéale, la péritonite a pu demeurer enkystée.

Enfin, il peut se former un abcès stercoral et un anas contre nature s'établir, toutes terminaisons relativement heureuses de la rupture de l'intestin.

TRAITEMENT

De ce qui précède, il résulte que deux sortes de traitements se trouvent en présence : le traitement chirurgical et le traitement médical.

1^o *Traitement chirurgical.* — Après les beaux résultats

obtenus dans l'ovariotomie, grâce surtout à la méthode antiseptique, des chirurgiens conseillaient dans le cas où une rupture de l'intestin est soupçonnée, de pratiquer l'ouverture de la cavité abdominale. On en a vu dans le cas d'obstruction intestinale ouvrir le ventre, se mettre à la recherche de l'anse intestinale obstruée sans pouvoir la découvrir et dans ces cas le malade a pu guérir. Mais il ne faut pas oublier que le péritoine a déjà subi les premières atteintes de l'inflammation, que dans ce péritoine on trouvera du sang, des matières alimentaires ou fécales, et puis, est-il facile de déterminer où siège la déchirure de l'intestin, serait-t-on bien assuré après que la déchirure aura été trouvée, qu'elle seule existe, qu'il n'y a pas d'autres organes plus ou moins grièvement blessés ? Nous pensons que l'on peut avec quelque raison faire ces objections aux partisans de la gastrotomie.

Dans le mémoire de M. Longuet il est dit : « Les malades étant inévitablement condamnés, ne serait-on pas autorisé à user des grands moyens, à ouvrir le péritoine, à chercher l'anse intestinale, à faire la suture et à débarrasser la cavité séreuse des matières épanchées ? »

« Cela ne me semble pas impraticable, puisque ces opérations, ces lavages, se font bien dans beaucoup d'autres circonstances et que les opérés ne succombent pas toujours, loin de là. Il y aurait quelque chose à tenter dans cet ordre d'idées et ce serait déjà bien de pouvoir donner à ces malheureux une chance de salut. Ma conclusion serait celle-ci : toutes les fois qu'un blessé aura été violemment contus dans la région abdominale moyenne sans lésion de la paroi et que des symptômes très graves de péri-

tonite se montreront rapidement (dans les vingt-quatre heures par exemple) il y aurait lieu de pratiquer une opération chirurgicale qui consisterait à aller à la recherche de l'anse intestinale, très probablement rupturée ; d'en faire la suture et de débarrasser le péritoine des corps étrangers épanchés. Le blessé étant voué à une mort certaine depuis le traumatisme, aura au moins une chance de guérison grâce à l'opération ». En parlant ainsi M. Longuet a évidemment en vue les ruptures de l'intestin grêle, mais nous savons que souvent elles se compliquent d'écrasement du mésentère et de l'épiploon. Faut-il ne pas tenir compte de ces lésions et si l'on veut agir comment s'y prendre ?

Nous ne nous associons pas à la conclusion de M. Longuet, bien qu'on ne puisse pas absolument la rejeter. Nous nous bornerons à faire remarquer que, les cas de guérison par les seules forces de la nature étant indéniables, il sera permis au chirurgien de s'abstenir et qu'il ne sera pas blâmable de s'en tenir simplement à la thérapeutique médicale.

Traitement médical. — Immédiatement après l'accident le blessé devra être mis dans le décubitus dorsal, ou mieux on le fera coucher sur le côté correspondant au point où l'on croira que la rupture a eu lieu ; le but dans cette pratique sera d'une part, que les liquides accumulés dans le péritoine occupent seulement un espace déterminé, et de l'autre que les gaz contenus dans les viscères éprouvent de la difficulté à sortir de l'intestin dont la déchirure se trouvera ainsi placée dans les matières aqueuses accumulées vers les parties déclives. Les couvertures devront être relevées par un cerceau pour qu'elles ne viennent pas

poser sur le ventre du patient, si la douleur ressentie dans l'abdomen est excessive ; dans le cas où la douleur sera supportable on pourra au moyen d'un bandage approprié serrer médiocrement toute la surface du ventre et cela à l'effet de rendre plus difficile la sortie des liquides et la distension de l'abdomen, et d'immobiliser jusqu'à un certain point les organes abdominaux. Si le malade est refroidi, il faudra chercher à le réchauffer par tous les moyens qui permettront en même temps de garder l'immobilité. On se gardera bien de recourir à la saignée qui ne peut qu'affaiblir un malade auquel les forces seront si nécessaires pour résister aux dépenses occasionnées par la maladie ; les sangsues sur l'abdomen seront employées à titre de révulsif cutané plutôt que dans un but de déplétion sanguine ; les ventouses scarifiées sont assurément un des meilleurs moyens de révulsion, mais nous n'oserions pas les conseiller dans ce cas à cause de la nouvelle douleur qui viendrait s'ajouter à celle existant déjà.

Comme M. Dumez, nous avons vu à l'hôpital Cochin M. Th. Anger dont nous avons suivi pendant un an le service, faire appliquer au début d'une péritonite sur l'abdomen de larges compresses imbibées d'alcool pur et par dessus ces compresses une toile gommée, à renouveler toutes les trois heures ; c'est parce que nous nous sommes souvenu de l'emploi de ce moyen dans le traitement de la péritonite que nous l'avons employé chez notre premier malade ; nous ne dirons pas qu'il est meilleur que tout autre et nous conseillerions avec autant de confiance les applications locales de glace.

Mais les signes de la péritonite aiguë éclatent : douleurs

vives, vomissements. Contre la douleur nous emploierons les opiacés sous forme d'extrait d'opium, d'extrait thébaïque ou de sirop diacode. Faut-il employer le chlorhydrate de morphine en injection hypodermique ? Si ce médicament offre les avantages d'une facile introduction dans l'organisme, il n'en a pas moins l'inconvénient de provoquer souvent des vomissements même à petites doses, la susceptibilité individuelle étant pour ce médicament fort variable. Si les vomissements empêchaient absolument l'introduction de la préparation opiacée par la voie gastrique, on pourrait recourir aux lavements laudanisés ou bien encore chloralés.

Contre les vomissements qui sont pénibles, la glace devra être employée.

Dans la rupture de l'intestin, il faut absolument priver le malade de toute boisson et de toute alimentation ; c'est un précepte de premier ordre et dont il ne faut jamais s'écarter. Il serait tout au plus permis pour étancher la soif, de donner au malade quelques gouttes d'une liqueur acidulée (orangeade, sirop de groseille étendu d'eau, etc.). Comme alimentation pour éviter toute cause d'efforts de vomissement, on donnera des lavements nutritifs.

S'il ne se produit aucune manifestation inflammatoire du côté de la séreuse abdominale pendant les cinq ou six premiers jours, on pourra prescrire un peu de vin, de bouillon froid, par petites quantités à la fois et à doses répétées dans la journée.

Dans le cas où un abcès stercoral serait en voie de formation, il faudrait en surveiller l'apparition et si plus tard un anus contre nature était établi, le médecin aurait à juger de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

La tympanite méritant dans certains cas quelque considération, nous ne voulons pas terminer la question du traitement, sans parler des ponctions répétées que le professeur Piorry employait dans le traitement des perforations intestinales chez les typhiques.

Dans la Revue médico-chirurgicale, année 1847, tome II, page 193, il cite l'observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde, chez lequel survint une perforation intestinale, reconnue à l'autopsie et qui fut ponctionnée cinq fois. Le malade mourut un mois après la constatation de la perforation et Piorry pense que les ponctions répétées ont seules empêché le malade de périr dès les premiers jours de son entrée. Ce cas a été le premier, dit-il, où l'on ait ponctionné à la suite d'une hydropéritonie succédant à une perforation intestinale. Qui sait si dans d'autres circonstances, on ne pourrait obtenir davantage ?

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Ephémérides des curieux de la nature. Joseph Jacob Wepfer).

Un jeune homme, dans une rixe après boire, est foulé aux pieds par un autre homme également ivre. Le lendemain, vers quatre heures du matin, il se plaint de ressentir dans l'abdomen une douleur violente, elle siège autour de l'ombilic; d'après son dire, elle est brûlante, gravative; le malade est tourmenté par une soif ardente qu'il cherche inutilement à apaiser avec de l'eau, du vin, du bouillon, peut-être a-t-il mangé à l'insu de ses parents, un morceau de pain, les vomissements apparaissent et continuent presque jusqu'au moment fatal; pendant le jour, le malade tantôt se promène dans sa chambre, tantôt se couche sur un lit, puis sur un autre, tant est profond son état d'angoisse, tant sont vives ses souffrances.

Le ventre est tendu, la face pâle est couverte d'une sueur froide, l'intelligence reste intacte. Le malade se confesse à haute voix à la tombée de la nuit, au moment où le prêtre lui donne l'absolution, la respiration est courte, anhéante, les extrémités sont froides, mais le malade jouit de toute sa présence d'esprit. La mort arrive dans la nuit.

L'autopsie fut faite par ordre du duc de Wurtemberg en présence de plusieurs hommes de l'art, parmi lesquels il convient de signaler G. Stein. Le jéjunum fut trouvé rompu sur une longueur de trois pouces.

OBSERVATION II.

Du même auteur, titre: « *Intestini laceratio sine abdominis vulnere.* »

Homme de 30 ans, domestique dans un couvent. Le 5 janvier 1687 vers cinq heures du soir, étant ivre, il tombe du haut d'un cheval attelé à une voiture vide dont les deux roues lui passent sur le ventre, un peu au-dessus des pubis, transversalement sur l'hypogastre. Aussitôt vomissements fréquents et fécaloïdes, soif ardente qui ne peut être calmée parce que l'estomac rejette aussitôt, point de garde-robes ni de mictions.

Le 6 janvier, vers midi, ballonnement de l'hypogastre, administration d'un lavement qui est rejeté aussitôt en entraînant quelques rares scybales. L'urine est rare, sort goutte à goutte, elle est sanglante, la nuit se passe péniblement, il n'y a pas de sommeil, par moment les membres sont convulsifs. La soif est ardente.

Vers la pointe du jour, vomissement d'une grande quantité de sang, après quoi, survient une convulsion, puis la mort, trente-six heures après l'accident.

L'autopsie est pratiquée le 7 janvier. On trouve dans l'abdomen une quantité moyenne de liquide sanguinolent. À droite l'iléon est rouge, il présente une perforation dont l'ouverture peut laisser passer un pois. Sur le reste de l'iléon, on trouve des infusions sanguines. La vessie est saine, mais contractée, elle contient de l'urine sanglante, les artères ne sont pas lésées; l'estomac est dans son état normal ainsi que ses annexes.

OBSERVATION III

(Morgagni. De sed. et caus. morb. Epist. LIV)

Un homme de 35 ans reçoit un coup de pied de cheval sur l'abdo-

men; après quoi ayant été pris de douleurs violentes et de vomissements il est reçu à l'hôpital Sainte-Marie-de-la-Vie. Là les douleurs persistent avec le sentiment d'un grand poids au bas-ventre et une extrême difficulté de respirer. Il meurt.

Examen du cadavre. — Bien que le cadavre disséqué par Valsalva et par P. Molinelli n'eût présenté aucune contusion dans les muscles de l'abdomen qui répondaient au lieu frappé, cependant à l'ouverture il laissa voir une grande quantité de sang épanché qui avait commencé déjà à se corrompre. Les vaisseaux qui se portent à l'épiploon étaient rompus et l'intestin iléon, placé au-dessous de celui-ci, était entièrement déchiré et presque transversalement.

OBSERVATION IV

(Livre de Jobert).

En 1823 on conduisit à l'hôpital Saint-Antoine, un homme qui avait reçu un coup de brouette au milieu de l'abdomen. L'intestin, pris entre le corps contondant et la colonne vertébrale avait été serré obliquement et dans une petite étendue; le malade mourut trois jours après. L'on trouva à l'autopsie l'intestin déchiré et comme décousu suivant sa longueur dans l'étendue d'un pouce, le mésentère déchiré, enflammé et suppurant; il y avait épanchement de matières stercorales, mais il était tout-à-fait circonscrit par des fausses membranes; les parois abdominales n'avaient aucune altération et cependant le ventre était tympanisé deux heures après l'accident.

OBSERVATION V

Le nommé G..., âgé de 21 ans, charretier, tomba auprès de sa voiture, qui lui passa sur le ventre; il fut conduit à l'hôpital Saint-Louis sur le champ, et à son entrée il présentait déjà les symptômes

suivants : douleur très vive, tuméfaction de l'abdomen, tympanite énorme; le lendemain, son état n'avait pas changé; la sensibilité était extrême, il ne pouvait supporter le poids des couvertures, son pouls était fréquent et très petit, il éprouvait des envies de vomir, mais qui n'étaient pas suivies de vomissements; il y avait constipation, la face était douloureuse, les yeux excavés, on ne remarquait pas de délire, mais la respiration était difficile. Pendant huit jours, ces symptômes persistèrent, quoiqu'ils eussent été combattus par des sangsues qui furent appliquées en grand nombre, par six saignées, des fomentations, émollients, etc.

Cependant le dixième jour, on administra un peu d'huile de ricin, le malade alla à la selle. Dès ce moment, le ventre se détendit peu à peu, et G... était en pleine guérison, lorsqu'un mois après, il fut pris d'une pleuro-pneumonie à laquelle il succomba.

L'autopsie nous fit voir le jéjunum adhérent à la dernière fausse côte par une espèce d'infundibulum formé aux dépens des fausses membranes fournis par le péritoine, infundibulum qui tenait d'une part à une sorte d'enfoncement que présentait la côte, et de l'autre, entourait la portion d'intestin qui avait été lésée. Cette partie divisée était remplie par une portion d'épiploon.

Ici l'on voit et la formation instantanée de la tympanite et la cicatrisation par l'interposition de l'épiploon (Jobert).

OBSERVATION VI.

N..., âgé de 22 ans, fut renversé par une voiture dont la roue lui passa sur le ventre sans léser en aucune manière la paroi antérieure de l'abdomen. Transporté de suite à l'hôpital Saint-Louis, il présenta les symptômes suivants : douleur presque nulle; ventre ballonné, tendu et résonnant comme un tambour. Il fut saigné plusieurs fois, on appliqua sur le ventre un grand nombre de sangsues et des cataplasmes émollients. La tympanite disparut et le malade, soumis à une diète sévère et à des boissons adoucissantes, marcha, sous le rapport de cette

lésion du ventre, vers une rapide convalescence. Resté à l'hôpital pour rétablir ses forces, il fut pris tout à coup d'une hémoptysie, à laquelle il succomba, malgré tous les secours, deux mois après son entrée.

A l'autopsie. — Outre les lésions qu'on trouva dans les poumons, nous observâmes dans le ventre les altérations suivantes : l'intestin grêle était, dans un de ses points adhérent au péritoine de la face interne de la dernière fausse côte ; l'épiploon était au-devant de lui et lui adhérait d'une manière intime. En examinant avec soin l'intérieur de l'intestin, on trouva une espèce de tampon saillant dans sa cavité et qui n'était autre chose que l'épiploon engagé dans une ouverture faite à l'intestin, ouverture du diamètre de quatre lignes à peu près. De cette manière on put se rendre un compte satisfaisant des phénomènes qui avaient été observés et de l'absence d'épanchement à la suite de la plaie de l'intestin (Jobert).

OBSERVATION VII

N..., âgé de 50 ans, fut renversé avec beaucoup de violence par une poutre qui lui tomba sur le ventre. La paroi de l'abdomen ne fut point entamée ; il ne présenta qu'une légère contusion. Immédiatement après son accident, il fut transporté à l'hôpital Saint-Louis. Le ventre était énormément distendu, dur et résonnant comme un tambour ; il éprouvait très peu de douleur. Malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique très actif, le malade mourut la nuit même de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie que je fis vingt-quatre heures après la mort du malade, je trouvai un épanchement sanguin très peu considérable entre les muscles abdominaux.

L'intestin grêle était coupé entièrement, le mésentère lui-même l'était dans l'étendue de six lignes environ. Les deux bouts de l'intestin étaient écartés, renversés et encore contractés, de manière à pouvoir à peine y introduire le doigt. Un épanchement considérable de matières stercorales existait dans la cavité de l'abdomen.

OBSERVATION VIII

Le 21 décembre 1825, le nommé C..., âgé de 60 ans, voiturier, reçut un coup de pied de cheval dans une ancienne hernie inguinale du côté gauche. Conduit à l'hôpital Saint-Louis le lendemain, de son accident, il présentait l'état suivant : douleur très vive dans le ventre, surtout à la pression, volume énorme de la hernie où l'on sentait une espèce de gargouillement, indice de la gangrène ou d'une rupture intestinale. Lorsqu'on voulait tenter la réduction, il y avait tympanite. Du reste, le malade éprouvait des vomissements bilieux et stercoraux, la face était pâle, décolorée, les yeux étaient excavés, il y avait un léger délire, mais sans perte totale de connaissance ; enfin, le pouls était petit et fréquent.

Des sangsues furent appliquées sur l'abdomen, que l'on couvrit de fomentations émollientes ; on prescrivit des boissons adoucissantes et la diète absolue. Cependant, le malade succomba le lendemain.

Autopsie. — La tumeur herniaire, d'un volume considérable, était tympanisée et des gaz remplissaient le scrotum, si bien que si on les pressait légèrement l'un et l'autre, ces gaz rentraient dans le ventre, la peau distendue était fortement injectée de sang veineux. L'abdomen lui-même offrait une tympanite. Il fut ouvert, et l'on trouva tous les intestins agglutinés par une fausse membrane albumineuse, molle, facile à déchirer ; du reste, ils étaient rouges, épaissis et gonflés par le sang. La membrane muqueuse était suppurante et tuméfiée. Des fausses membranes couvraient la tunique séreuse de l'estomac et du foie enflammés, un épanchement de matières noires avait eu lieu dans le ventre et dans le petit bassin. En examinant le tube intestinal, on aperçut l'intestin grêle coupé en totalité et nettement ; cependant, les bords infiltrés de sang et ecchymosés étaient flottants dans le ventre, renversés en dehors et béants.

(Jobert (de Lamballe). *Traité théorique et pratique des mal. chirurg. du canal intestinal*, Paris, 1829, t. I, p. 61).

OBSERVATION IX

Rupture complète de l'intestin grêle avec emphysème occasionné par une contusion de l'abdomen (*Arch. génér. de méd.*, t. XI, 1826, p. 112).

Le nommé Joseph Polonais, âgé de 45 ans, ouvrier maçon, fut apporté à l'hôpital Beaujon le 10 juin 1825, à six heures du soir ; cet homme venait d'être renversé par un éboulement de terre qui l'avait jeté avec violence sur les rebords d'une brouette ; il ne présentait alors que des traces de contusion aux parois abdominales et à la hanche du côté gauche, mais le blessé était en proie à une grande anxiété, la respiration était gênée, le pouls fréquent, les plaintes et les gémissements continuels ; il n'y avait ni vomissements, ni crachement de sang. On appliqua des résolutifs sur les parties contuses, une saignée du bras fut pratiquée, diète et limonade.

Le lendemain matin, à notre visite, nous examinâmes le blessé, il offrait l'état suivant : respiration courte, fréquente, très gênée, anxiété, ventre tendu ; à gauche, la partie supérieure des parois abdominales était le siège d'un emphysème qui s'étendait également du même côté, sur la partie inférieure des parois thoraciques. Cet emphysème, plus considérable à l'endroit qui est le siège de la contusion, se propageait aussi un peu à droite de l'abdomen ; pouls petit, concentré, vermiciforme, à peine sensible ; face pâle, grippée, langue sèche. Nous présumâmes une lésion grave de quelque viscère de l'abdomen et une fracture des côtes. Mais cette dernière lésion ne put pas être constatée par l'exploration des parois thoraciques. Une légère crépitation semblait l'indiquer dans un moment, et un moment après, nous cherchions en vain à la saisir, il nous était impossible de la distinguer. Nous fîmes appliquer six ventouses scarifiées sur les parties emphysémateuses et des sinapismes aux jambes, l'air sortit par les plaies des scarifications et cependant l'emphysème s'étendit au-delà des régions latérales de l'abdomen et de la poitrine. L'état du malade s'aggrava

rapidement, sa respiration s'embarrassa davantage et ne se fit qu'avec une difficulté extrême, son pouls devint filiforme, sa face, d'une pâleur très marquée, est mouillée par une sueur froide; il mourut à midi, ayant conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment.

Autopsie faite le 12. — Quatre côtes gauches étaient fracturées. Toutefois deux de ces côtes ne l'étaient qu'incomplètement; la lame interne de l'os était seule rompue, l'externe restait intacte. Nous avons conservé les deux pièces qui offrent ce genre de fracture. Les muscles grand et petit oblique de l'abdomen étaient déchirés en haut et à gauche, assez loin de la ligne blanche, dans cet endroit il existait une infiltration considérable de sang, ce qui formait une sorte de tissu analogue à celui de la rate, mais en plus crépitant. La portion d'intestin grêle qui correspondait à cette lésion était coupée complètement en travers, à dix-huit pouces du duodénum. La membrane muqueuse de l'intestin faisait saillie et recouvrait la membrane externe. Il y avait dans la cavité abdominale un épanchement abondant de sang mêlé à des matières chymeuses. Le péritoine était rouge, injecté; le tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré d'air et de sang. Les poumons étaient sains. Il n'y avait pas d'emphysème dans les tissus qui touchaient aux fractures des côtes. La membrane interne de l'aorte et des veines pulmonaires était dans divers endroits, le siège d'une rougeur lisse, uniforme; mais cette teinte qui ne disparaissait ni par les lotions, ni par le frottement était d'autant plus intense qu'on l'observait dans des endroits dont la position était déclive, de telle sorte que très foncée dans l'aorte pectorale, elle l'était très peu dans la portion lombaire.

Cette observation, dit Marjolin, nous semble mériter l'attention particulièrement, sous le rapport de l'emphysème qui a accompagné la blessure. Les fastes de la chirurgie contiennent plusieurs faits qui prouvent que le canal intestinal peut être rompu, déchiré à la suite d'une forte contusion, quoique les téguments ne soient pas divisés,

mais l'on n'a pas jusqu'ici, ce nous semble, signalé à l'emphysème symptomatique l'origine qu'il paraît avoir eue dans le cas présent. En général, l'infiltration d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, surtout lorsqu'elle est abondante, provient d'une lésion de quelque point des voies aériennes, et dans l'observation que nous venons de rapporter, l'on aurait pu facilement attribuer l'emphysème à cette cause, en raison de la gêne de la respiration et des signes, tout équivoques qu'ils étaient, qui faisaient présumer la fracture des côtes. L'ouverture du cadavre a prouvé qu'il n'en était pas ainsi. Il ne paraît pas douteux que les gaz introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané des parois latérales gauches de l'abdomen, et de la poitrine ne provinssent de l'intestin dont la cavité communiquait avec ce tissu par le moyen de la déchirure des muscles grand et petit obliques de l'abdomen. Toutefois, il est à remarquer que l'emphysème a quelquefois été produit par des gaz formés au milieu d'organes fortement contus, d'épanchements de sang, et que, dans le cas actuel, on pourrait croire que l'emphysème observé a eu cette origine; mais sans nier absolument la possibilité et le concours de cette cause, il nous paraît plus probable que les gaz venaient de l'intestin.

OBSERVATION X

Roques. (*Journal de Sédillot*).

Un homme ivre tomba d'un premier étage à plat ventre sur le pavé. Relevé deux heures après, et porté à l'hôpital, il y expira bientôt. Le ventre était énormément distendu, sonore comme un tambour. Une in-

cision faite à sa paroi laissa échapper beaucoup de gaz d'une odeur vineuse et fétide. L'on trouva une rupture de l'estomac effectuée vers l'extrémité cardiaque et dans la grande courbure de l'organe; sa circonférence était découpée inégalement et avait environ six ponces de diamètre.

OBSERVATION XI

Plaies contuses de l'intestin grêle et du mésentère. Hémorrhagie.

Mort. (Baraduc. *Bull. de la Soc. anat.*, tom. XIII, p. 336).

Dubillou Alexandre, âgé de 30 ans, journalier, de Sussy, est entré le 2 janvier 1839, à l'hôpital Saint-Antoine. A six heures du matin, pendant qu'il travaillait dans une fabrique de sucre à la Varenne Saint-Maur, Dubillou est atteint au ventre par les fragments d'une machine en explosion. Quatre heures après l'accident, il est transporté à l'hôpital Saint-Antoine. Une saignée lui est pratiquée. Dans la soirée, le malade éprouve dans l'abdomen une douleur très vive qu'aggrave encore le contact le plus léger, circonstance qui met obstacle à l'exploration des viscères de cette cavité. Vomissements nombreux de sang noir coagulé, besoin fréquent d'uriner, respiration difficile, pâleur de la face, peau froide, pouls petit, irrégulier, peu fréquent. C'est avec peine que le malade donne quelques détails sur la nature de l'accident qui lui est arrivé. Aucune trace de contusion n'existe sur les parois de l'abdomen. La lèvre supérieure, l'aile droite du nez et la paupière supérieure du même côté sont un peu excoriées. On remarque, à la partie externe de l'avant-bras gauche, une petite plaie oblique au bras et en arrière, de huit lignes de longueur, trente sangsues sur l'abdomen. Les piqûres fournissent peu de sang. On évacue par le cathétérisme une demi-once d'urine limpide de couleur citrine.

Le 3 janvier. — Le malade meurt à trois heures du matin, vingt-quatre heures après l'accident.

Autopsie. — La peau du ventre ne présente d'autre trace d'ecchymose que celle qui est le résultat des piqûres de sangsues. Un épan-

chement de sang noir, semblable par sa consistance à de la gelée, occupe le tissu cellulaire et sous-cutané des régions ombilicale hypogastrique, il est bien circonscrit et autour de lui le tissu cellulaire conserve sa blancheur. L'ouverture de l'abdomen laisse s'écouler trois ou quatre pintes de sang liquide, offrant un reflet que l'on peut comparer à celui que lui communiquerait le mélange d'une grande quantité de bile. Le grand épiploon est étalé sur les intestins ; ça et là se trouvent sur sa face antérieure, quelques filaments fibrineux qui lui adhèrent. Il est abondamment chargé de graisse, mais elle est déprimée de même que si elle eût été soumise à un degré de pression assez considérable.

L'intestin grêle est affaissé sur lui-même, son calibre est un peu volumineux ; dans les deux tiers supérieurs il est d'une couleur cerise. cette teinte disparaît insensiblement et se trouve remplacée inférieurement par de petites ecchymoses. L'iléon est le siège de trois ruptures placées sur sa connexité et sa paroi antérieure ; ces ouvertures, de la largeur et de la forme d'une pièce de dix sous, présentent les caractères suivants : la membrane muqueuse s'infléchit de dedans en dehors pour se renverser en forme de bourrelet circulaire sur la tunique péritonéale qu'elle déborde d'une demi-ligne environ. Cette disposition de la muqueuse donne à l'ouverture l'aspect du cul-de-poule. Sur leurs bords on remarque une couche peu épaisse de matière pulpeuse noirâtre, formée du débris des membranes. La tunique musculaire déborde un peu l'ouverture de la membrane séreuse. A trois pieds environ de la valvule iléo-cœcale, l'intestin grêle éprouve une perte de substance qui intéresse les cinq dixièmes de son calibre. Cette solution de continuité se prolonge dans une étendue d'un pouce sur le mésentère, où elle se termine en formant un angle aigu. La plaie de l'intestin est irrégulière et fortement contuse ; la tunique péritonéale est divisée dans toute l'étendue de sa circonférence ; les bords de cette division sont écartés l'un de l'autre ; sur la paroi postérieure de l'intestin ils interceptent entre eux une surface de quatre à cinq lignes de largeur sur cinq à six de longueur, formée par les tuniques sous-péritonéales qui établissent en ce point la continuité de l'iléon. La lon-

gueur de ce prolongement semble mesurer l'étendue de la perte de substance qu'a éprouvée l'intestin dans les cinq sixièmes de sa circonférence. La membrane muqueuse est renversée sur sa tunique péritonéale; elle se comporte à son égard, de la même manière qu'au niveau des déchirures que présente l'intestin. Une petite quantité de matières chyleuses et quelques caillots de sang se trouvent dans la cavité de l'intestin grêle. Le mésentère est le siège des trois autres perforations, dont deux à peu près circulaires, pratiquées comme par un emporte-pièce, ont un pouce et demi à deux pouces de diamètre; on trouve encore sur le grand repli péritonéal un nombre infini d'éraillures qui n'intéressent qu'un seul de ses deux feuillets. Le rectum offre une large ecchymose bornée à gauche par deux ruptures irrégulières de la tunique séreuse de huit à dix lignes de diamètre, situées à peu de distance l'une de l'autre; sa cavité contient des matières fécales. Intégrité parfaite de foie, de la rate, et des autres viscères abdominaux. L'estomac contient une cuillerée de mucosité mêlée à une petite quantité de sang.

OBSERVATION XII

(*Bull. Soc. an.* 1848).

M. Lacuse Duthiers présente une perforation intestinale produite par un coup sur le ventre (pavé de grès).

L'individu n'a pas éprouvé de vives douleurs après l'accident. Cependant on a par précaution fait sur le ventre une application de ventouses. Le lendemain, refroidissement extrême; éprouve toujours très peu de douleurs malgré une tympaniét considérable; pas de matité au niveau de la région du foie. Mort le soir, c'est-à-dire trente-six heures après l'accident. On a trouvé une péritonite de la partie supérieure de l'intestin grêle avec fausses membranes molles à la surface et épanchement de sérosité sanguinolente dans le péritoine, sans trace de matières alimentaires dans cette cavité. La rupture existe environ au tiers supérieur de l'intestin grêle.

OBSERVATION XIII

(*Gazette médicale de Strasbourg*, 1848).

Un artilleur de service dans une écurie reçut à l'abdomen un choc assez violent, résultant du contact du manche d'une fourche poussée par un cheval qui ruait. Le blessé fut immédiatement transporté à l'hôpital; il avait le ventre météorisé et douloureux.

Au déclin du jour, il eut des lipothymies et expira vers dix heures du soir. A l'autopsie, on trouva une rupture de l'intestin grêle avec épanchement considérable de matières alimentaires et quelques adhérences albumineuses, trace d'une péritonite déjà suppurée. Mais aucune trace du choc ni au dedans ni au dehors de la paroi abdominale, pas même une ecchymose du tissu cellulaire.

OBSERVATION XIV

(Thèse de M. Renoult 1862. — Des perforations intestinales. Perforation intestinale due à une violence extérieure).

Un homme encore dans la force de l'âge, d'une excellente constitution, n'ayant jamais eu de maladies sérieuses, reçoit dans la soirée du 25 août deux coups de pied de cheval dans la partie inférieure de l'abdomen et est renversé sur le dos. Six heures après l'accident quand nous voyons le malade, nous le trouvons couché sur le dos, la face congestionnée, se plaignant de vives douleurs dans toute l'étendue du ventre; le pouls est plein et régulier, il bat quatre-vingt-quinze fois par minute, la peau est chaude, le malade est très agité.

Le ventre est un peu augmenté de volume dans sa moitié inférieure, il est très douloureux surtout à la moindre pression; cette douleur siège principalement dans la partie inférieure et à gauche; un peu au-

dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, existe une légère excoriation en forme de croissant, une semblable existe un peu plus bas et plus au milieu sur le trajet du cordon du même côté.

On a la sensation d'un épanchement assez considérable de liquide infiltré dans l'épaisseur des parois abdominales et peut-être même dans l'intérieur du péritoine. Comme la douleur que produit la pression est excessive, nous ne cherchons nullement à préciser notre diagnostic, le malade nous dit qu'il n'a pas uriné depuis l'accident; par le cathétérisme nous retirons environ deux verres d'urine, qui ne présente rien d'anormal. La vessie n'est pas rompue. Quarante sangsues sur la région inférieure gauche et l'abdomen, cataplasmes.

Le 26. — Les sangsues ont beaucoup saigné; le malade est un peu soulagé. Les douleurs du ventre sont un peu moindres à droite, mais toujours très-vives à gauche. Le pouls est à 95, il est régulier, le malade a eu du hoquet et des nausées. Nouvelle application de sangsues; onctions avec l'onguent napolitain belladonné à haute dose; deux lavements laxatifs qui sont rendus sans entraîner de matières.

Le 28. — Pouls à 90, toujours des nausées et du hoquet; le ventre toujours douloureux, surtout à gauche. Le malade se plaint du poids du cataplasme; on le remplace par des compresses trempées dans une décoction de graine de lin.

Le 30. — Le malade va un peu mieux, le ventre est moins volumineux, la douleur est limitée au flanc gauche et au trajet du cordon, on sent un empatement profond de toute la région. Le long du cordon, on sent une sorte de cylindre allongé, du volume de trois doigts environ, ce cylindre est dur, douloureux à la pression.

5 septembre. — Il n'existe presque pas de fièvre; le ventre est à peine plus volumineux qu'à l'état normal; on sent toujours l'empatement de la région. Il existe toujours un peu de douleur à la pression, toujours aussi de la douleur le long du cordon.

Le 10. — Il n'y a plus de fièvre. Le malade va très-bien, à peine de la douleur à la pression dans le flanc gauche; à ce niveau du cordon la tumeur qui était dure, commence à se ramollir.

Le 15. — La tumeur du trajet du cordon est devenu fluctuante, et

le liquide est très-superficiel. Le lendemain, l'abcès s'ouvre, et par l'ouverture s'écoule du pus d'une odeur infecte, mélangé de matière fécale; il sort aussi des gaz, deux jours après une ascaride sort par le fistule donnant ainsi la preuve évidente d'une fissure intestinale.

Remarque. — Dans cette observation, il y a eu évidemment perforation intestinale, puisqu'il existe un ans contre nature! Cette perforation a-t-elle eu lieu au moment même de l'accident et l'épanchement qui s'en serait suivi a-t-il été la cause de la péritonite. Ou bien la perforation est-elle le résultat de l'inflammation d'un foyer sanguin qui se serait propagée aux tuniques intestinales? Là est la question à résoudre. Pour nous, nous inclinons pour la première hypothèse, sans toutefois pouvoir en donner aucune preuve.

OBSERVATION XV

Dans une rixe le nommé X..., reçoit un coup de pied dans le ventre à la suite duquel il fallut le transporter chez lui et le mettre au lit. Depuis lors, dit-on, il avait éprouvé de vives douleurs dans le ventre, il était survenu du gonflement et des vomissements. Ce jour-là, on lui donna des cordiaux de diverses espèces, parce qu'il se sentait faible, il passa une très-mauvaise nuit en proie à des faiblesses, de l'anxiété, à beaucoup d'agitation. Le lendemain, comme son état empirait à vue d'œil, on se décida à réclamer le secours de M. Bellaire. A l'arrivée de ce médecin le malade accusait une vive sensibilité dans l'abdomen qui était météorisé; *il n'y avait aucune trace de contusion ni d'ecchymose*. Jugeant le cas désespéré, il s'était borné à prescrire l'emploi de fomentations émollientes sur le ventre et une application de sangsues; qu'on n'eut pas le temps de faire, le malade étant mort quelques heures après.

A l'autopsie, la peau de tout le corps présente une teinte rouge marbrée. Des phlyctènes apparaissent sur plusieurs points, bien que la mort ne date que de vingt-deux heures. Aucune trace de contusion ou de blessure, on reconnaît tous les signes d'une péritonite surai-

gué. Le feuillet pariétal du péritoine ainsi que le feuillet viscéral sont rouges et fortement injectés, une sérosité rougeâtre, au milieu de laquelle nagent des flocons albumineux, s'est épanchée à l'incision des parois de l'abdomen. A la surface de l'intestin grêle se trouve, dans le flanc gauche, un ver lombric sorti d'une anse intestinale perforée, et à côté on reconnaît une perforation bien remarquable par sa forme étendue et sa situation sur la convexité d'une des circonvolutions intestinales.

Cette perforation capable d'admettre le bout du doigt a livré passage au ver et à des liquides intestinaux. La muqueuse est boursouflée et ramollie.

OBSERVATION XVI

(*Bull. Soc. an.* 1875. — Longuet).

Le 25 novembre 1875, à quatre heures du soir, est entré dans le service de M. Verneuil, à la Pitié un homme âgé de 44 ans, boulanger, qui, deux heures auparavant, avait fait un faux pas, était tombé et avait reçu sur le ventre, pendant qu'il était à terre, un pain de sucre qu'un ouvrier, passant près de lui, portait sur son épaule. Le blessé avait pu se relever seul, mais à peine debout, des douleurs abdominales éclatèrent avec tant de violence qu'on dut le porter à l'hôpital. Pendant le trajet et en arrivant dans la salle, il fut pris de vomissements. Les matières rendues furent d'abord exclusivement alimentaires, puis elles devinrent bilieuses et, au bout de quelques instants, elles prirent une couleur gris brunâtre qui parut suspecte à l'interne de garde qu'on avait appelé pour donner les premiers soins. Sous l'influence de la glace administrée intus et extra, les vomissements cessèrent dans la soirée et le malade put passer une assez bonne nuit.

Mais le lendemain 26 novembre, ayant avalé un peu de lait chaud vers sept heures du matin, il fut immédiatement repris de vomissements qui, cette fois étaient franchement bilieux.

A la visite, il était dans l'état suivant : le ventre est modérément ballonné, douloureux à la pression dans toute son étendue, très peu souple, partout sonore à la percussion sans traces d'écchymoses à la peau ou d'ecchymoses sous-cutanées. Dans le canal inguinal droit existe une petite tumeur oblongue, en partie dans le conduit, en partie dans le scrotum, ferme au toucher, pas douloureuse, irréductible ; elle diminue légèrement de volume quand on la presse. Un doigt peut être introduit dans le canal inguinal en refoulant la peau en entonnoir. Le malade dit qu'il a depuis fort longtemps une hernie inguinale complètement réductible, et habituellement maintenue par un bandage et qu'il ne le portait pas au moment où il fit la chute. Il n'y a pas d'anse intestinale herniée actuellement. Pas de selles depuis l'accident. *Les urines sont rares*, un peu rouges, mais non sanguinolentes. Le visage est pâle, la peau froide, non cyanosée, le pouls bat 70, la température axillaire est à 36°,4. Les gros viscères de l'abdomen, soigneusement explorés, foie, rate, reins ne semblent point intéressés.

A première vue, le diagnostic ne paraissait pas difficile à établir et pourtant une question considérable se posait : la hernie entraînait-elle pour une part quelconque dans les accidents observés ? Comme le fit très bien remarquer M. le professeur Verneuil, dans sa leçon clinique qui porta sur le malade, cette question avait une grande importance à être résolue à cause du traitement qui devait être absolument différent si l'on avait affaire à une péritonite traumatique simple ou à des accidents d'étranglement herniaire. Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale pouvait être à peu près nulle ; dans le second elle devenait d'une nécessité et d'une urgence absolues. De la vacuité du sac herniaire trouvé à droite, du diamètre notable du canal et de l'anneau inguinal, de la rapidité et de l'intensité des accidents, de la nature des vomissements qui n'étaient pas fécaloïdes malgré leur apparence suspecte, de l'extension de la douleur péritonéale à tout le ventre et de la nature du traumatisme, M. Verneuil conclut à une péritonite simple mais intense, accompagnée peut-être d'une déchirure d'un des gros viscères et plus particulièrement du foie ou de la rate.

En conséquence le traitement fut institué ainsi : vaste onction sur tout l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné. Calomel à doses fractionnées, opium après la selle qui sera obtenue, glace à l'intérieur, diète ; le soir, T. à 36°,8.

Le lendemain 27 novembre, une très légère amélioration de l'état général était constatée, quoique le calomel n'eût pas produit d'effet. Le malade souffrait moins, il avait un peu dormi, mais les vomissements persistaient, les traits semblaient plus tirés que la veille : température axillaire, 37° ; il y avait de la fièvre. Les urines étaient rouges. On ordonna la continuation du traitement auquel on ajouta un lavement purgatif. Le soir, T. à 37°,2.

Le 28 novembre, tout allait mal, les vomissements continuaient et les matières rendues avaient une couleur brune, sans odeur fécaloïde, la peau était ictérique, le facies très altéré. La région hépatique était très douloureuse à la pression. Dans la nuit précédente, il y avait eu une évacuation alvine de quelques matières dures et noires ; le malade mourut dans la soirée.

Autopsie. — Pratiquée le 30 novembre. Poumons sains, un peu de congestion pulmonaire en arrière dans les parties inférieures et dévélives. Cœur sain. Rate petite, un peu contractée, sans déchirure. Foie non déchiré, sain, d'une couleur noirâtre sur toute sa surface et dans une épaisseur de 3 millimètres. Les deux faces supérieure et inférieure de son lobe droit sont recouvertes d'une couche de matières fécales grises et séparées du diaphragme par une collection gazeuse qui s'est échappée bruyamment quand la paroi abdominale a été ouverte.

Tout le flanc droit est rempli d'une grande quantité de matières fécales grises mêlées à des flocons purulents. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles par de fausses membranes couenneuses, très épaisses, jaunes ; en différents points, on trouve quelques collections franchement purulentes. L'intestin, le péritoine viscéral et pariétal présentent toutes les lésions qui caractérisent une inflammation très intense, arborisation, épaissement par places, dépoli de la séreuse, flocons fibrineux. Le sac herniaire est déshabité, ses parois sont très

épaisses ; elles forment seules la tumeur inguinale étudiée, pendant la vie du malade, au moment de son entrée. Au niveau de l'angle sacro-vertébral, le mésentère porte une très légère suffusion sanguine sous-péritonéale qui peut passer pour une petite ecchymose. La paroi abdominale, à ce niveau, ne porte aucune trace de traumatisme, pas plus là du reste qu'ailleurs.

En dévidant soigneusement l'intestin pour chercher la perforation qui a donné issue aux matières fécales, il est très facile de voir qu'une portion du canal intestinal longue d'environ 18 centimètres est plus rouge, plus vascularisée et aussi plus amincie que les autres parties. Cette portion est nettement délimitée par un double resserrement bien marqué à chaque extrémité. Le mésentère qui adhère en ce point est congestionné. Cette anse est située dans le flanc droit, un peu en dedans du cœur, très près du canal inguinal. C'est évidemment un un des points de l'intestin qui a dû faire le plus souvent hernie dans le canal inguinal. Cela présente une certaine importance, car c'est précisément au milieu de cette portion altérée de l'intestin que siège la perforation. L'ouverture a le diamètre d'une pièce de 50 centimes, elle est régulièrement arrondie et comme faite à l'emporte-pièce. Les bords sont un peu enflammés.

En présence de cette autopsie, il était intéressant de chercher à savoir comment s'était faite la rupture de l'intestin, et dans laquelle de ses habitations l'anse rompue avait été frappée ; était-ce dans le sac herniaire, était-ce dans la cavité abdominale ? A cette seconde question, on ne peut répondre que par des hypothèses, parce que trop d'éléments de diagnostic manquent à la fois. En effet, s'il est supposable que l'intestin a été touché pendant qu'il était sorti de la cavité abdominale, parce que le malade ne portait plus le bandage au moment de sa chute et que cette chute a dû provoquer l'issue de l'intestin, parce que l'anse herniée se trouvant sous la peau devait être plus facilement déchirée ; cela n'est que supposable, car rien ne l'affirme, ni l'état de la paroi cutanée du sac qui se trouve aussi remarquablement intacte, ni le dire du malade qui a plutôt rapporté au milieu de l'abdomen qu'à la région inguinale le siège du traumatisme. Prouver

d'autre part que l'intestin grêle a été touché dans la cavité abdominale n'est pas plus facile, parce que, à part la petite ecchymose sous-péritonéale du mésentère au niveau de l'angle sacro-vertébral, rien n'indique le lieu précis où a porté le corps contondant.

OBSERVATION XVII

(*Bull. Soc. anat.*, 1881. — Rob. Jamin).

Le nommé Robillard Armand, est apporté le dimanche 20 mars, vers cinq heures de l'après-midi, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Saint-Pierre, n° 40.

Cet homme, âgé de 46 ans, camionneur, d'une constitution extrêmement robuste, vient d'être serré entre deux voitures; il ne peut naturellement préciser les détails de l'accident; toujours est-il que c'est au niveau de l'abdomen qu'ont surtout porté la pression et le choc.

Le ventre est très distendu et très sonore dans sa totalité; douleurs excessivement vives, spontanées à la palpation, pas de plaie ni de trace de contusion violente; quelques petites égratignures seulement à la partie droite de la paroi abdominale. Rien à la poitrine. Pouls assez régulier, mais très petit et très fréquent. T. A. 37° 6.

Le lendemain matin 21 mars, le malade est pâle et couvert de sueurs; il répond à peine aux questions, le ventre a encore augmenté de volume et de sonorité depuis la veille; l'hyperesthésie est extrême dans toute son étendue. Pas de selles, pas d'hémorrhagie d'aucune sorte; il y a eu dans la nuit quelques vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. La température atteint à peine trente-six, le pouls est filiforme et bat au moins cent trente pulsations à la minute.

Vers midi, le malade perd complètement connaissance; à deux heures le thermomètre ne monte pas à 35°, mort vers trois heures.

Autopsie. — Dans les cavités crânienne et thoracique rien à signaler. La paroi abdominale outre les quelques petites écorchures notées plus haut, présente au moment de l'autopsie, quarante heures

après la mort, soixante-deux après l'accident, une très légère teinte ecchymotique de cinq à six centimètres de diamètre, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic.

Cette paroi est incisée sur la ligne médiane ; il s'échappe alors bruyamment une quantité considérable de gaz fétides ; l'épiploon apparaît rougeâtre, sanglant, fortement contusionné ; il en est de même du mésentère. En certains points, celui-ci est même éraillé et comme écrasé.

La cavité péritonéale renferme à peu près un litre de sang noirâtre, tant liquide qu'en caillots. On recherche avec soin s'il ne se trouverait pas des matières fécales mêlées à ce sang ; il est impossible d'en découvrir aucune trace.

En dévidant l'intestin, on trouve dans le flanc droit une anse du jéjunum, peut-être un peu plus vascularisée que les autres, et sur cette anse, à 75 centimètres environ du pylore, une perforation de 7 à 8 millimètres de diamètre. Plutôt allongée suivant l'axe de l'intestin que véritablement circulaire, cette perforation a des bords très nettement et très singulièrement tranchés, comme à l'emporte-pièce ; la muqueuse intestinale s'est infléchie de dedans en dehors, pour se renverser en forme de petit bourrelet circulaire sur la tunique péritonéale qu'elle déborde très peu d'ailleurs. Le pourtour de cette rupture présente, dans une étendue d'un centimètre, une zone ecchymotique formant une sorte d'auréole rougeâtre.

L'intestin examiné dans toute sa longueur, n'est le siège d'aucune autre rupture, non plus que les autres viscères abdominaux (foie, rate, reins, vessie, etc.).

Les anses intestinales sont légèrement agglutinées par le sang, épanché, mais, sauf l'anse perforée, elles n'offrent pas d'injection très vive, et le péritoine pariétal ne présente pas non plus de traces d'inflammation bien manifeste.

OBSERVATION XVIII

Isidore C..., palefrenier, âgé de 23 ans, est apporté à l'Hôtel-Dieu, le 27 février au soir, il était dans l'état suivant :

Face décomposée, traits étirés vers la racine du nez, nausées continues ; toutes les huit ou dix minutes, vomissements de matières bilieuses ; respiration pénible, courte ; pouls petit, très fréquent ; extrémités froides ; douleurs très vives dans l'abdomen qu'exaspère la moindre pression et qui souvent arrachent des cris au malade ; peu de tuméfaction du ventre, mais une sorte d'empatement général de sa paroi. La vessie ne paraît pas distendue et pourtant le malade n'urinait pas.

On apprend que ce malheureux a reçu la veille à quatre heures du soir, un coup de pied de cheval lancé à toute volée.

Au moment de la blessure qui eut lieu peu de temps après le repas, la douleur a été atroce et suivie de perte de connaissance ; bientôt, malgré une saignée, se développèrent les symptômes de péritonite suraiguë. La faiblesse du pouls semblait contre-indiquer la saignée générale ; on se contenta d'appliquer quarante sangsues sur le ventre ; le malade fut mis au bain, il éprouva un soulagement momentané ; il eut une évacuation d'urine et de matières fécales, qui n'étaient pas teintées de sang ; mais les vomissements continuaient, l'abdomen était douloureux, la voix éteinte, les extrémités froides. C... expira trente-trois heures après l'accident, et, jusqu'au dernier moment, il avait conservé l'usage entier de sa raison.

Autopsie. — Les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen sont sains, il n'y a aucune trace de contusion.

A l'ouverture du ventre, il se répand une odeur fétide ; cette cavité est remplie d'un liquide séreux dans lequel nagent des matières fécales qui remplissent surtout le petit bassin. Le péritoine présente une grande quantité de plaques rouges, plus nombreuses et plus marquées sur l'intestin ; des fausses membranes imparfaites réunissent les intes-

tins ; le mésentère présente des raies noirâtres analogues à des ecchymoses.

L'estomac n'offre rien d'anormal qu'une coloration rouge, pointillée, qui se remarque vers la partie pylorique. Vers la terminaison du jéjunum et le commencement de l'iléon, on trouve une déchirure de la largeur d'un franc, elle est de forme arrondie; ses bords, de couleur noirâtre sont rétractés. Il y a un peu de rougeur autour de cette lésion qui est bien évidemment cause de la mort.

OBSERVATION XIX
(Bull. soc. anat. 1884, Bouley, int. hôp.).

Le nommé J., âgé de 65 ans, entre à la salle Saint-Christophe, hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Périer, le 6 avril 1884.

Le malade raconte qu'une roue de voiture lui a passé sur le ventre, et accuse une douleur assez vive dans le côté gauche de l'abdomen. On ne découvre aucune lésion, ni du squelette, ni des parties molles des téguments; pas d'ecchymoses, à peine une légère éraillure de la peau, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. La pression du ventre, à ce niveau, est douloureuse. Petite plaie et ecchymose au-dessus de l'œil gauche.

L'état général du malade, à son entrée, c'est-à-dire immédiatement après l'accident, est très satisfaisant. On porte un pronostic bénin, tout en faisant cependant quelques réserves à cause de la contusion possible des organes profonds. En effet, le soir même de son entrée, c'est-à-dire quatre ou cinq heures après l'accident, se déclare une péritonite suraiguë, qui enlève le malade dans l'espace de deux jours. Décès le 8 avril.

Autopsie. — On rencontre toutes les lésions de la péritonite purulente (pus, légères fausses membranes, rougeur et commencement d'adhérences des anses intestinales). Cette péritonite a été déterminée

par une rupture de l'intestin grêle, siégeant environ à la partie moyenne.

Une portion d'anse intestinale, sur une longueur de trois centimètres, a presque été complètement détachée. Elle est retenue par le mésentère qui, déchiré lui-même dans une étendue de un centimètre, lui forme pédicule. Un lambeau de péritoine viscéral, auquel adhèrent quelques fibres musculaires longitudinales, passe comme un pont de l'anse intestinale détachée à la portion d'intestin située au-dessus, et sur laquelle il se trouve décollé dans une hauteur de deux centimètres. Les deux sections de l'intestin sont circulaires, nettes et semblent faites comme par un instrument tranchant. A peine existe-t-il une légère éraillure du péritoine, au niveau des bords des solutions de continuité, qui sont revenus sur eux-mêmes et légèrement reroquevillés.

Rougeur et infiltration sanguine très prononcée de l'intestin et du mésentère, au niveau des ruptures. Cependant, on ne trouve pas de véritable épanchement sanguin. L'intestin est rempli d'une bouillie blanchâtre. Pas de lésions des autres organes.

OBSERVATION XX

(Thèse de M. Dumèz 1882).

X... Louis, 38 ans, malade employé à la culture à l'asile de Blois, reçoit le 8 juillet à 6 heures du soir un coup de pied de cheval dans la région hypogastrique. Ce n'est que le soir à dix heures qu'il se plaint et est porté à l'infirmerie. Le 9 juillet à dix heures du matin son état est des plus graves. Le visage est amaigri et terreux, les yeux excavés; la peau est froide et sèche, le pouls petit, filiforme. bat 140 pulsations; la sensibilité abdominale est extrêmement vive et cependant elle occupe toute l'étendue de l'abdomen; la veille et toute la nuit le malade avait vomi, mais depuis le matin les vomissements s'étaient arrêtés.

L'état de ce malade est extrêmement grave, la mort nous paraît prochaine ; nous administrons une potion opiacée et quelques cuillerées de cognac, un cataplasme doit être appliqué sur l'abdomen, mais le malade ne peut le supporter. La nature du traumatisme, la rapidité des accidents péritonéaux et leur gravité nous font penser qu'il y a dû avoir rupture de l'intestin. Le malade succombe à trois heures et demie du soir.

Autopsie. — L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort permet de constater les désordres suivants. La peau de l'abdomen et le tissu cellulaire sous-cutané ne présentent aucune trace de contusion ; il y a un léger épanchement sanguin dans la couche sous-musculaire.

Le grand épiploon recouvre presque entièrement les anses intestinales : il est injecté et un peu épaissi ; si on le relève, on voit les anses intestinales, agglutinées entre elles par les produits exsudatifs, mais l'inflammation paraît avoir été plus vive dans l'hypochondre droit ; l'épanchement liquide est d'environ un demi-litre ; c'est un liquide rougeâtre, épais, paraissant un mélange d'un liquide inflammatoire et du liquide intestinal. L'intestin est alors déroulé avec soin et séparé du mésentère ; un courant d'eau qu'on y lance s'échappe à 1 mètre 60, avant d'arriver au cæcum, par une perforation ayant la largeur d'une franc. Il est impossible d'y méconnaître une perforation traumatique. Les bords sont recroquevillés, épaissis et pour une étendue de 0^m 50 environ, l'hyperhémie de cette anse intestinale tranche nettement par sa vivacité sur celle des autres parties de l'intestin grêle. C'est là que la péritonite me paraît avoir débuté, c'est là aussi qu'elle a eu son maximum d'intensité.

On ne trouve aucune lésion des autres organes de la cavité abdominale.

OBSERVATION XXI

(Thèse de M. Dumez, 1882)

D... Jean, âgé de 28 ans, charretier. Cet homme fort et vigoureux, reçoit, dans la journée du 27 mars un violent coup de pied de cheval. La percussion fut tellement intense que le malade perdit presque connaissance et c'est dans cet état qu'on le transporta à l'hôpital sur un brancard. Il fut admis dans le service de M. Armand Desprès.

Le lendemain, 28 mars, à l'heure de la visite, nous trouvons le malade avec les traits déjà profondément changés.

Son facies est un peu pâle, subictérique, légèrement plaqué d'un rouge violacé sur les deux joues ; les yeux ternes et les orbites excavées.

La parole est difficile, brève et coûte au malade. Dès son entrée, il a été pris de vomissements alimentaires, d'abord glaireux et bilieux, ensuite pour prendre définitivement l'aspect porracé caractéristique.

La langue est un peu sèche, aussi le malade demande-t-il instantanément à boire. Pas de selles, il nous dit n'avoir pas rendu de gaz par en bas. Un peu de dyspnée, sans toux et sans crachats sanguins, qui s'explique par la douleur extrêmement intense qui immobilise presque les muscles abdominaux.

La peau du ventre ne présente pas la moindre contusion, pas la moindre petite ecchymose. Signalons un léger développement des veines cutanées. Par la palpation on provoque une douleur tellement vive qu'elle arrache des cris au malade ; l'abdomen est endolori presque partout, et il nous est impossible de localiser un point qui présente le maximum de la douleur.

Il n'y a pas trace de ballonnement. A la percussion, le ventre est sonore partout, sauf dans l'hypochondre droit, où l'on trouve une exagération de la matité hépatique, qui descend en bas, à un travers de main du rebord costal.

Du côté de la vessie, on constate une absence complète d'urine. Non-seulement le malade n'a pas uriné depuis le moment de l'accident, mais même avec la sonde on ne retire aucune goutte de liquide. Il y avait une véritable anurie rénale.

Le pouls est petit, serré, peu fréquent. La température prise le soir du jour de l'entrée, était de 36°, 8. Aujourd'hui 28 mars, température du matin 36°, 4.

En présence de ce tableau symptomatique, on pose le diagnostic : rupture du foie avec épanchement de sang sous-hépatique et probablement rupture de l'intestin.

Traitement. — Large vésicatoire sur le ventre, injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, glace à l'intérieur.

En dépit du traitement, on voit le malade continuer à s'affaiblir, le lendemain l'émaciation est déjà marquée. Le faciès est hippocratique.

Les vomissements porracés, l'anurie, l'abaissement de la température continuèrent sans modification. La même absence de selles, la même absence de ballonnement du ventre que le premier jour de l'admission à l'hôpital.

Le 31 mars, jour de la mort du malade, il fut pris de délire doux, tranquille, avec une légère injection de la face, auquel succéda le coma, puis bientôt la mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les viscères adhérent entre eux par de très légères fausses membranes. Au-dessous du foie, limitée en haut par la face inférieure de celui-ci, en bas par les anses de l'intestin grêle, il y a une collection blanchâtre entourée de toutes parts par un dépôt d'exsudat.

Sur la partie inférieure de l'iléon, à un mètre du cæcum, il y avait une perforation. Les bords de celle-ci sont légèrement collés l'un à l'autre et des fausses membranes avaient établi une adhérence avec une anse voisine.

Dans l'intestin, quelques matières fécales. Dans le foie, à la surface et à la coupe quelques ecchymoses.

Absolument rien qui indique une lésion dans les reins ; forte congestion des méninges encéphaliques.

OBSERVATION XXII (personnelle).

X..., charretier, âgé de 33 ans, est apporté à l'Hospice général de Meaux le 4 avril à 9 heures du soir dans la salle Saint-Faron. Le malade raconte que la première roue d'un camion pesamment chargé lui a passé sur le ventre et qu'il n'a évité la roue de derrière que parce qu'il a eu la présence d'esprit de commander aux chevaux de s'arrêter ; bien que se sentant fortement atteint, il se relève mais ne peut faire que quelques pas ; son compagnon en l'entendant pousser des cris déchirants s'empresse de le déposer dans le premier cabaret qu'il trouve sur la route pour lui faire donner les premiers soins, un médecin passe à ce moment et conseille qu'on l'amène à l'hôpital de Meaux ; notons en passant que le médecin avait cru que cet homme était ivre en le voyant se débattre, crier et répondre par monosyllabes à toutes les questions qu'il lui posait. Lorsque nous l'avons vu deux heures après il était dans le même état d'angoisse et nous l'avouons, la première question que nous lui adressâmes fut celle-ci : Aviez-vous bu plus que de coutume ? Le pauvre malheureux nous répond : mais non, monsieur, je vous assure que je n'ai pas bu plus que d'habitude. Pourquoi me demandez-vous cela ? l'autre médecin me l'a demandé aussi ; à quoi trouvez-vous que j'aie l'air d'un homme ivre ; c'est la douleur atroce que je ressens dans le ventre qui me fait vous parler comme je vous parle. Peu convaincu, nous approchons le nez de ses narines et de sa bouche et nous ne sentons l'odeur ni d'alcool, ni de vin, ni d'absinthe et nous nous expliquons que ce soit la douleur vive qu'il éprouve qui lui donne les apparences extérieures de l'homme ivre.

Cela fait, nous l'examinons des pieds à la tête ; nous ne découvrons pas autre chose qu'une vaste ecchymose à la partie externe de la cuisse droite un peu au-dessus du grand trochanter ; à part cette ecchymose

aucune lésion ni du squelette ni des parois abdominales ; on s'explique la production de l'ecchymose en apprenant que la roue de derrière a été pour ainsi dire calée par le corps de l'individu. La pression du ventre est très-douloureuse au niveau des régions ombilicales et hypogastrique ; comme volume le ventre ne présente rien d'anormal ; fréquentes envies d'uriner, malgré que le malade ait pissé quelques instants avant l'accident ; pour nous assurer de l'état de la vessie, nous percutons la région sus-pubienne et nous constatons de la sonorité dans toute son étendue et nous bornons là notre investigation de ce côté.

La face est terreuse le pouls petit, assez fréquent ; la température axillaire est de $36^{\circ},5$.

Nous prescrivons : 10 centig. extrait thébaïque et des compresses trempées dans l'alcool pur sur le ventre, recouvertes d'une toile gommée. De la glace à l'intérieur pour tâcher d'arrêter ou de modérer les vomissements s'ils survenaient des nausées seules existant encore.

A dix heures, nous nous retirons laissant le malade dans un calme relatif.

Le lendemain 5, à la visite la situation s'est aggravée ; les vomissements de matières couleur terre pourrie ont commencé vers le milieu de la nuit ; le malade a uriné mais peu. Nous ne voyons pas l'urine, mais l'infirmier nous dit qu'elle n'était pas rouge ; fourmillements dans les membres inférieurs qui sont refroidis, impossibilité de trouver une bonne place dans le lit. Ventre ballonné. Température $37^{\circ},5$ à neuf heures.

Prescriptions : vingt sangsues sur le ventre, glace à l'intérieur. A deux heures, vingt autres sangsues les premières n'ayant pas produit leur effet.

Mort à cinq heures, par conséquent vingt-deux heures après l'accident. Le malade a conservé l'intelligence jusqu'au dernier moment. Quelques instants avant de mourir il parle avec calme à sa femme affolée de douleur et lui recommande de bien aimer ses enfants.

Autopsie. — Le 6, au matin, le système musculaire est exceptionnellement développé chez cet individu, yeux enfoncés dans l'orbite,

couleur des téguments semblables à ce qu'elle était avant la mort. Ventre ballonné. Une incision longitudinale est faite de la partie supérieure du sternum à la symphyse du pubis, une autre transversale passant par l'ombilic et se terminant des deux côtés à la partie postérieure des flancs ; en un point de cette ligne, situé dans le flanc droit le scalpel pénètre dans la cavité abdominale d'où il sort en fusée un mélange de gaz et de liquide noir lequel est projeté à un mètre de distance. Les quatre parties de la paroi abdominale étant relevée avec soin nous apercevons le paquet intestinal libre à la partie supérieure et baignant à la partie inférieure dans une grande quantité d'un sang noir dans lequel nagent des flocons albumineux ; les intestins sont très rouges de même que le péritoine pariétal.

Nous prenons une éponge et nous obtenons deux litres et demi environ de liquide. L'intestin lié à ses deux extrémités et enlevé nous faisons passer un filet d'eau et à un mètre environ du cœcum nous apercevons l'eau qui s'écoule par une perforation de 3 centimètres environ de diamètre ; la muqueuse ne présente rien d'anormal sauf, au pourtour de la rupture où elle est fortement injectée et présente l'aspect d'un bourrelet, mais là où les lésions sont plus étendues, c'est dans le mésentère qui est littéralement écrasé en deux points différents au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires ; ces parties étant lavées à grande eau, nous apercevons l'ouverture béante des petites artères ; nul doute que les veines de leur côté aient fourni leur partie du sang épanché.

La vessie contient 100 grammes d'urine.

Rien du côté des autres organes : hématome de la largeur de la main au niveau du grand trochanter du côté droit.

Remarque. — Cet homme n'a pas évidemment succombé à une hémorrhagie interne, mais bien à une péritonite suraigüe déterminée par la présence du sang jouant le rôle de corps étranger ; la rupture de l'intestin qui pouvait suffire à amener la mort aura été dominée par l'action irritante du sang sur la séreuse péritonéale.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

X..., marechal ferrant, âgé de 35 ans, reçoit deux coups de pied de cheval à une distance d'un mètre environ, au niveau de la région ombilicale, siégeant dans le plexus solaire.

L'accident arrive le 8 mai à trois heures de l'après-midi; une heure après le malade est transporté sur un brancart à l'hôpital, même salle, et est placé dans le lit qui fait face à celui dans lequel avait été couché le premier malade. Cette petite singularité nous rappelle immédiatement à l'esprit le souvenir de l'autre sujet; la similitude extérieure des deux cas était frappante: deux individus jeunes, vigoureux, atteints l'un et l'autre au ventre poussant les mêmes cris cherchant à tout moment une bonne position dans leur lit sans la trouver; même face grippée et pâle, douleurs atroces dans le ventre, extrémités froides, pouls 100, température axillaire 36, pas la moindre trace de contusion extérieure; c'en était assez pour nous faire songer à la gravité du pronostic.

Nous n'avions pas été seul frappé par la ressemblance des deux cas; l'infirmier et la sœur hospitalière ne purent s'empêcher de nous faire penser à celui qui était couché en face quelques jours auparavant.

Cette fois les vomissements étaient survenus presque immédiatement après l'accident, puisqu'ils avaient apparus avant l'arrivée du malade à l'hôpital; ils étaient alimentaires; devant nous il vomit le vin qu'on lui avait donné quelques instants auparavant, il urine en notre présence.

Prescription: 40 sangsues sur la surface de l'abdomen, de préférence au niveau de l'épigastre; glace à l'intérieur.

A huit heures pas d'amélioration, les vomissements ont cessé, mais le ventre est distendu et résonne comme un tambour; en appuyant les doigts sur la peau on aperçoit la crépitation particulière produite par les bulles d'air épanchées dans le tissu cellulaire et cela dans toute la moitié inférieure du ventre; les bourses sont également envahies par

l'air ; le malade n'a pas rendu de gaz par en bas. Mort à quatre heures du matin, c'est-à-dire treize heures après l'accident. Comme chez notre premier malade l'intelligence était restée intacte jusqu'au dernier moment.

Autopsie: le mercredi matin 10 mai à 8 heures.

Le ventre et la poitrine sont considérablement tendus et emphysémateux ; les gaz ont pénétré jusque dans les bourses, la gaine des vaisseaux fémoraux jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa et la racine des membres supérieurs, incision longitudinale du corps thyroïde au pubis, coupée par une qui passe par l'ombilic ; les bords de l'incision s'écartent largement ; incision des bourses qui sont énormes et s'affaissent à la sortie des gaz qui les distendaient. Nous pénétrons alors dans la cavité abdominale d'où il s'échappe bruyamment une quantité considérable de gaz fétides ; le grand épiploon apparaît rougeâtre, sanglant et déchiré dans une étendue transversale de 8 centimètres au moins au niveau du colon transverse l'intestin grêle est enlevé de son extrémité inférieure jusqu'à 50 centimètres de l'estomac ; peu de liquide dans le péritoine (couleur saignée de ce liquide). Dans sa partie située immédiatement au-dessous de la déchirure de l'épiploon, le colon transverse est largement ouvert en arrière ; au-dessous et un peu à droite le duodénum dans sa deuxième portion est sectionné presque entièrement et les bords de la section sont assez réguliers ; infiltration d'un mélange de gaz et de liquide gris-noir du tissu cellulaire qui environne le rein droit.

Foie. — Le bord antérieur du lobe droit dans la partie qui touche la vésicule est contusionné sur une étendue de 3 ou 4 centimètres.

La vessie contient un grand verre d'urine.

Le diaphragme, l'estomac, le pancréas, la rate et les reins n'offrent pas de lésions ; rien non plus du côté de la cavité thoracique.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des membranes séreuses.

Physiologie. — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur ; application à l'hygiène.

Chimie. — Caractères distinctifs des iodures et des bromures. Préparation et propriétés.

Histoire naturelle. — De la chlorophylle. De ses fonctions physiologiques.

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

Pathologie interne. — De la pleurésie.

Pathologie générale. — Des embolies.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions de la tuberculose pulmonaire.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs. Leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères de l'empoisonnement par le phosphore.

Accouchements. — De la délivrance.

Vu par le président de la thèse,

BÉCLARD.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD.

Les différents symptômes qui se manifestent dans les maladies aiguës, sont le résultat de l'action des différents systèmes de l'économie animale. Les symptômes généraux, tels que la fièvre, le malade, le délire, etc., sont le résultat de l'action des différents systèmes de l'économie animale. Les symptômes locaux, tels que la toux, la diarrhée, etc., sont le résultat de l'action des différents systèmes de l'économie animale. Les symptômes particuliers, tels que la douleur, le gonflement, etc., sont le résultat de l'action des différents systèmes de l'économie animale. Les symptômes de l'infirmité, tels que la faiblesse, le manque d'appétit, etc., sont le résultat de l'action des différents systèmes de l'économie animale. Les symptômes de la guérison, tels que le retour de l'appétit, la diminution de la fièvre, etc., sont le résultat de l'action des différents systèmes de l'économie animale.

Le présent rapport a été présenté à la séance du 15 mai 1877.

CHATELAIN.

Le présent rapport a été présenté à la séance du 15 mai 1877.

Le présent rapport a été présenté à la séance du 15 mai 1877.

CHATELAIN.

